

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 75

UNE PAGE DE L'HISTOIRE
DE LA MÉDECINE SOCIALE :
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 décembre 1934

PAR

Auguste-Alexandre-Louis-Jean QUINIOU

Élève du service de Santé de la Marine

Externe des Hôpitaux

Préparateur au Laboratoire de Zoologie et de Parasitologie
de la Faculté de Médecine

Né à BREST (Finistère), le 3 avril 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur.....	Président.
		R. SIGALAS, professeur.....	Juges.
		DE GRAILLY, agrégé.....	
		WANGERMEZ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 75

UNE PAGE DE L'HISTOIRE
DE LA MÉDECINE SOCIALE :
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 décembre 1934

PAR

Auguste-Alexandre-Louis-Jean QUINIOU

Élève du service de Santé de la Marine

Externe des Hôpitaux

Préparateur au Laboratoire de Zoologie et de Parasitologie
de la Faculté de Médecine

Né à BREST (Finistère), le 3 avril 1909.

Examineurs de la Thèse

MM. LANDE, professeur.....	Président
R. SIGALAS, professeur,.....	Juges.
DE GRAILLY, agrégé.....	
WANGERMEZ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. GUYOT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES,
SELLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOUIA.
id.....	DE GBAILLY.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.....	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Pharmacie chimique.....	VITTE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	PERY.		

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Ortнопédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les muilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MERE — A MON PERE

Qu'ils me permettent de leur dire ici,
avec toute ma reconnaissance, mon
immense affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

STAGE A L'HÔPITAL MARITIME DE BREST :

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAMET

Médecin en Chef de la Marine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAMANY

Médecin de Marine.

(In memoriam.)

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAOULAS

Médecin de la Marine.

Nous leur devons d'aimer notre métier.

STAGE DANS LES HÔPITAUX DE BORDEAUX :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNIN.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFÈVRE.

EXTERNAT :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MAURIAC;

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARBONNEL;

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIP;

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN;

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOURG;

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSERIE-LACROIX.

Qu'ils veuillent bien croire à toute
notre gratitude pour leur précieux ensei-
gnement et leur grande bienveillance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI MANDOUL

*Professeur de Zoologie et de Parasitologie,
Docteur ès sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Commandeur du Nichan-Iftikhar.*

Nous avons rempli auprès de lui, pendant un an, les fonctions de préparateur. Nous quittons avec regret un laboratoire que sa paternelle direction nous avait fait aimer.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND SIGALAS

*Chargé du cours complémentaire de Zoologie et de Parasitologie,
Chef des travaux de Zoologie et Parasitologie,
Directeur du Laboratoire maritime de l'Ecole des Hautes Etudes de Paris,
Directeur de la Station biologique d'Arcachon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous lui gardons, pour son enseignement et sa bienveillance, une profonde reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE LANDE

*Professeur de Médecine légale et Déontologie à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Directeur de l'Institut médico-légal,

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

Permettez-moi de vous dire, mon cher maître, que je m'efforcerai de faire, de votre exemple de modestie et de bonté, un guide pour ma vie de médecin.

« Il faut qu'aux populations qui souffrent, qui sont inquiètes, qui sont déshéritées, vous donniez la sécurité. »

(REY.)

« La loi des Assurances sociales ne peut fonctionner qu'avec la collaboration entière et loyale du Corps médical. »

UNE PAGE DE L'HISTOIRE
DE LA MÉDECINE SOCIALE :
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre une étude en détail de l'assurance-invalidité, nous croyons utile de préciser les raisons qui motivent le choix de notre sujet.

Le champ d'action de la loi sur les assurances sociales est excessivement vaste, et il faut bien s'en tenir à l'étude d'un des risques envisagés par celle-ci. Or le risque maladie, le mieux connu à l'heure actuelle, a déjà été l'objet de nombreuses publications et d'études très complètes et très sérieuses; plusieurs thèses, tant de droit que de médecine, ont en effet porté sur ce sujet. Le risque maternité a été, lui aussi, bien étudié, et si des variations de détail ont pu survenir dans son application, le mécanisme en est en général bien connu, de même que les problèmes d'hygiène et de préven-

tion qui, à ce sujet, intéressent au premier chef le médecin.

Il restait le risque invalidité. Depuis près de deux ans que l'assurance-invalidité est entrée en application, aucune étude de synthèse, aucun travail d'ensemble, n'ont été publiés. Certes, les problèmes soulevés sont nombreux, et les discussions ne semblent pas encore éteintes, donc les matériaux ne manquent pas. Il nous a semblé intéressant de rassembler les études partielles, pour essayer d'en constituer un tout qui puisse nous donner une idée aussi nette que possible de l'utilité de cette institution.

Une autre idée aussi nous a guidé dans le choix de notre sujet : celle de nous efforcer de rendre quelques services au médecin praticien. Celui-ci se trouve, en effet, journellement en présence de problèmes qui lui demeurent étrangers, et dont il serait très heureux de pouvoir trouver la solution.

Nous essaierons, dans notre travail, de montrer aussi nettement que possible, la position du médecin par rapport à la loi et de dégager, aussi clairement que nous le pourrons, son mode de conduite dans les divers cas se présentant à lui.

Et maintenant, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à adresser nos meilleurs remerciements à ceux qui ont été nos guides dans ce travail. Toute notre gratitude va donc à M. le Docteur Emmanuel Perret, secrétaire général de l'Association des médecins conseils et contrôleurs, à Paris, dont la haute compétence en la matière nous a été d'un appoint inappréciable; à M. le Docteur Maurice Rivière, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui a bien voulu nous apporter son aide précieuse pour l'élaboration de notre travail; à M. Ferdinand Dreyfus, directeur de la comptabilité et de l'actuariat des assurances sociales, qui nous a autorisé à nous servir de ses documents historiques; enfin à M. le Docteur Pierre Lande, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui a suivi notre travail étape par étape, nous prodiguant tour à tour ses conseils et ses encouragements.

HISTORIQUE

La notion de l'invalidité telle qu'elle est comprise dans la loi des assurances sociales fut, en France, d'une conception bien tardive. Il faut arriver en 1920, c'est-à-dire au moment de l'élaboration des premiers projets de la loi sur les assurances sociales, pour trouver cette notion d'invalidité prise en considération.

En France, le peuple (paysans, ouvriers, artisans, marins), la classe bourgeoise elle-même, ont toujours été dominés par l'idée de la *sécurité dans la vieillesse*, chose très normale en un temps où celle-ci était pour tous plus pénible qu'à l'heure actuelle.

Si loin, en effet, que nous remontions dans les siècles, nous retrouvons cette aspiration vers une vieillesse sûre et calme.

Pendant tout le moyen âge, les efforts des corporations ont tendu vers ce but.

Au xvii^e siècle, Colbert n'a pu arracher à la terre des paysans pour en faire des marins, que par la création de l'inscription maritime, et sa véritable assurance-vieillesse constituée par la garantie de pensions.

La période trouble qui entoure la Révolution française n'a évidemment pas permis de réalisation d'ensemble sur ce point, quoique la Convention ait proclamé « le droit à la vie pour les vieillards ».

Sous le Premier Empire, Napoléon I^{er} prit plusieurs décrets instituant des sociétés de prévoyance obligatoire pour les ouvriers mineurs de plusieurs départements. Dans le comité qu'il mettait à la tête des caisses obligatoires de secours et

de pensions, on trouvait, parmi les membres amovibles, un ouvrier mineur.

A cette époque, détail que nous donne le Professeur Parizot, de l'Université de Nancy, il existait bien déjà un régime de retraite à triple participation : l'Etat versant une contribution, l'ouvrier donnant 2 p. 100 de son salaire, et les patrons apportant seulement 1/2 p. 100 tout en gardant la prépondérance dans les conseils. Ceci eût pu se développer si l'Empire avait vécu...

Sous la Restauration aucun effort gouvernemental n'exista à ce point de vue; on vit alors se créer des sociétés pour la plupart non reconnues, dont beaucoup étaient secrètes, et dont le but était à la fois syndicaliste et mutualiste. On appelait alors leurs membres : *les mutuellistes*.

Sous la Constituante de 1848, des études de la mutualité et de l'organisation de retraites pour le pays sont faites. Elles sont reprises par la Législative. De là va sortir la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse, qui gère aujourd'hui des milliards, mais qui connut de bien mauvais jours.

Ces mesures, d'ailleurs, ne plaisaient pas à tous, et M. Thiers, peu avant le coup d'Etat du 2 décembre, terminait un rapport à ce sujet, par ces mots : « Pour la vieillesse, il faut s'en tenir aux hospices et aux secours à domicile. »

Le second Empire se désintéressa entièrement du problème de l'assurance-vieillesse.

NAISSANCE DE L'INVALIDITÉ EN ALLEMAGNE. — BISMARCK.

C'est alors que, bien avant chez nous, en Allemagne, Bismarck, abandonnant la notion de la vieillesse, se rallia à celle de l'invalidité reposant sur la constatation suivante :

A partir d'un certain âge, l'ouvrier n'a plus la même capacité de travail. Les patrons refusent les vieux employés. Bismarck décréta que, pour être invalide, il fallait ne plus pouvoir gagner que le tiers du salaire d'un ouvrier normal.

Quant à la vieillesse, Bismarck la reculait à 70 ans et la pension de retraite était nettement inférieure à la pension d'invalidité.

Ceci constitue le fond de la loi de Bismarck de 1889.

Cette loi, certes, était lourde, étatiste, autoritaire, mais elle était tout de même applicable et fut appliquée.

EN FRANCE.

C'était l'assurance-vieillesse dont l'idée continuait de mûrir, et on voit en effet se succéder : la loi de 1894 sur les retraites des ouvriers mineurs; la loi de 1905 pour l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables; la loi de 1906 sur les retraites ouvrières, puis ce fut la guerre qui porta évidemment un coup mortel à cette loi des retraites ouvrières. Et nous arrivons enfin à 1918. Le retour de l'Alsace-Lorraine à la France pose des problèmes nombreux, et les législateurs, inspirés d'ailleurs par la loi allemande des assurances sociales, vont se mettre au travail.

De 1920 à 1928, où fut votée la première loi, se succèdent projets et contre-projets. Puis la loi fut modifiée en 1929 et enfin la loi de 1930 fut votée, qui est encore en application. Restons-en au risque invalidité. Nous en sommes au début : deux ans d'application. Quant à l'assurance-vieillesse, les prestations ne commenceront que le 1^{er} juillet 1933.

Avant de terminer ce chapitre historique, jetons un coup d'œil rapide vers l'étranger; nous sommes obligé de constater que, pour l'institution de l'assurance-invalidité, la France arrive bonne dernière, précédée de loin par l'Allemagne, l'Angleterre, la Suède, l'Italie, la Hongrie, la Serbie et l'U. R. S. S.

Nous aurons l'occasion de retrouver, au cours de notre étude, diverses notions touchant quelques-unes de ces législations étrangères.

TEXTES DE LOI

Risque Invalidité.

Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930.

(EXTRAIT.)

ART. 10. — 1. L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois, prévu à l'article 4, ou en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, reste encore atteint, suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail, a droit, d'abord à titre provisoire, puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité.

2. Jusqu'à l'établissement d'un nouveau barème, le degré d'invalidité est estimé provisoirement d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions, complété ou modifié, par arrêté du ministre du Travail, après avis de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

3. Si l'assuré conteste le pourcentage d'incapacité qui lui a été notifié dans les formes à fixer par décret ou si la caisse estime qu'un nouvel examen de son dossier est nécessaire, l'état d'incapacité est apprécié par la commission technique, prévue à l'article 7, § 3, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

4. Pour l'assuré affilié avant l'âge de 30 ans, la pension est égale à 40 p. 100 au moins du salaire annuel moyen résultant des cotisations obligatoires payées, chaque année, avant l'âge de 16 ans, si l'assuré n'a pas atteint cet âge, et depuis l'âge de 16 ans, si l'assuré a dépassé cet âge. Ce taux est augmenté, jusqu'à concurrence de 50 p. 100, de 1 p. 100 du salaire pour chaque année

d'assurance en plus de trente ans de versements, et correspondant au minimum de 240 cotisations journalières.

5. Pour l'assuré qui a été immatriculé après l'âge de 30 ans, ladite pension de 40 p. 100 du salaire annuel moyen de base est réduite d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée, sans pouvoir être inférieure à 1.000 francs si l'assuré compte au moins six ans de versements.

Si l'assuré ne justifie pas de six ans de versements, la pension minima prévue à l'alinéa précédent sera diminuée de 100 francs par année ou fraction d'année au-dessous de six ans sans que le chiffre de la pension puisse descendre au-dessous de 600 francs ou dépasser les deux tiers du salaire de base. Sont seules considérées comme années de versements celles correspondant à un minimum de 240 cotisations journalières.

6. Pour l'assuré qui ne compte pas trente années entières d'assurance et qui a interrompu ses versements pendant une année ou plus, la pension d'invalidité est réduite d'un trentième par année d'interruption ou par fractions réunies d'année équivalant au moins à une année entière.

ART. 11. — Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie et, par suite, posséder à son compte d'assuré les versements correspondant au moins à 480 cotisations journalières durant les deux ans précédant le début de l'affection ou l'accident.

ART. 12. — 1. La pension d'invalidité est fixée, à titre provisoire, pour une durée de cinq années.

2. Pendant cette période, l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4, en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques. Les règles fixées par l'article 6, § 3, sont applicables sous les modalités suivantes.

3. Pendant cette même période, et sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par la caisse d'assurances. On considérera qu'il y a refus d'examen, si l'invalidé ne répond pas à la convocation par lettre recommandée du médecin de la caisse ou s'oppose à la visite de celui-ci, s'il s'agit d'un invalidé ne pouvant quitter la chambre.

4. Les frais de déplacement de l'assuré ou du pensionné qui, pour répondre à la convocation du médecin désigné par la caisse ou de l'expert médical, doit quitter la commune où il réside, sont à la charge de la caisse. Le tarif de ces frais sera fixé par département dans les conditions arrêtées par décret, après avis de la commission tripartite prévue à l'article 7, § 5.

5. La pension est supprimée si la capacité de travail devient supérieure à 50 p. 100. Cette suppression prend effet de la date de la constatation médicale.

6. A l'expiration de la période provisoire de cinq années et après expertise médicale, la pension est maintenue. Toutefois, après un nouveau délai de cinq ans, le pensionné devra, sur la demande de la caisse, se soumettre à une dernière expertise médicale. Si, à la suite de cette expertise, la capacité de travail est reconnue supérieure à 50 p. 100, la pension est supprimée.

7. Si le titulaire d'une pension d'invalidité travaille, la fraction de cotisation affectée à l'assurance-invalidité est portée à un compte individuel d'assurance-vieillesse.

8. Un décret fixera, chaque année, la fraction de cotisation à affecter à la couverture des pensions d'invalidité, d'après des tables tenant compte de la probabilité d'entrée en invalidité aux divers âges et de la mortalité des invalides.

Jusqu'au 1^{er} avril 1934, le fonds de majoration et de solidarité remboursera aux caisses d'assurance-vieillesse le montant des rentes d'invalidité mises à leur charge.

A partir du 1^{er} avril 1934, les cotisations prévues par l'article 2 de la présente loi seront majorées d'un huitième. A partir du 1^{er} avril 1940, elles seront majorées d'un autre huitième.

9. La rente viagère d'assurance-vieillesse du titulaire d'une pension d'invalidité est liquidée, soit normalement à l'âge de 60 ans, soit, avec une réduction, dès la liquidation définitive de la pension d'invalidité en cas d'incapacité permanente et absolue de travail. Dans les deux cas, elle entre en compte dans le chiffre de la pension d'invalidité.

Dispositions réglementaires de l'Assurance sociale
intéressant le service médical de l'invalidité.

I. — TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi du 30 avril 1930 (Article 1, § 1, et articles 10
à 12.)

Règlement d'administration pu-
blique du 25 juillet 1930 .. (Articles 38 à 50, 77 et 78).

Décret du 25 juillet 1930 (Articles 41 à 53, 69 à 71),
Comptabilité.

Règlement intérieur des caisses. (Article 55.)

Décret du 29 novembre 1932 .. }
Arrêté du 1^{er} décembre 1932 .. } Modèles d'imprimés.
Décret du 13 décembre 1932 .. }

(Frais de déplacements des pen-
sionnés provisoires d'invalidité
répondant à une convoca-
tion du contrôle médical.)

Arrêté du 5 août 1933 (Barème provisoirement applica-
ble à l'estimation du degré
d'invalidité des assurés so-
ciaux.)

II. — CIRCULAIRES ET NOTES DE L'ADMINISTRATION

2 août 1932	Délai de six mois (circulaire ministérielle).
1 ^{er} décembre 1932	Application de l'assurance-invalidité (circulaire ministérielle).
30 décembre 1932	Prévention de l'invalidité (note de la Caisse générale de garantie).
15 mars 1933	Règlement des dépenses de l'invalidité (instruction de la Caisse générale de garantie).
27 mai 1933	Contestation sur le pourcentage d'invalidité (note ministérielle).
1 ^{er} juin 1933	(Avec rectificatif du 6 juillet). Application de l'assurance-invalidité (instruction complémentaire de la Caisse générale de garantie).
20 juillet 1933	Application de l'assurance-invalidité aux professions agricoles (circulaire ministérielle).
2 août 1933	Application de l'assurance-invalidité aux employés de chemins de fer (circulaire ministérielle).
10 août 1933	Conditions pour avoir droit à l'invalidité (circulaire ministérielle).
21 août 1933	Droit à l'invalidité. Service militaire (circulaire ministérielle).
5 septembre 1933	Droit à l'invalidité des assurés dont l'incapacité est inférieure à 66 p. 100 (note de la Caisse générale de garantie).

MECANISME DE L'ASSURANCE-INVALIDITE

Nous allons, avant d'en entreprendre l'étude médicale, jeter un coup d'œil rapide sur le mécanisme de l'assurance-invalidité.

1° Que doit-on entendre par invalidité ?

Le mot *invalidité*, qui, d'ordinaire, éveille immédiatement l'idée de mutilation, n'a pas été compris ici dans son sens étroit mais dans son sens le plus large : il s'agit seulement, quelle qu'en soit l'origine, maladie ou accident, d'une réduction de capacité de travail d'au moins les deux tiers. Le législateur n'a pas visé l'incapacité professionnelle mais l'incapacité générale.

2° Conditions requises pour le droit à pension d'invalidité.

- a) Seul l'assuré a droit à pension;
- b) Il doit avoir à son compte 480 cotisations dans les deux années précédant le début de la maladie (ou l'accident) amenant l'invalidité.
- c) Il doit avoir, sauf le cas d'accident, reçu pendant six mois les prestations de la Caisse-maladie.
- d) Enfin, il faut que l'affection ou l'infirmité dont est atteint l'assuré réduise d'au moins les deux tiers sa capacité de travail.

3° Quelles sont les prestations de l'assurance-invalidité ?

- a) Nous voyons, d'après la loi, que la pension d'invalidité est évaluée à 40 p. 100 du salaire moyen annuel qui a servi

de base aux cotisations. Ses taux, pour un assuré immatriculé avant l'âge de 30 ans et ayant cotisé au moins six ans, donnent des pensions variant de 720 à 4.320 francs. Si ces conditions ne sont pas remplies par l'assuré, les taux diminuent sans que la pension puisse descendre au-dessous de 600 francs.

b) L'assuré aura droit aux soins dans les mêmes conditions que pour l'assurance-maladie pendant les cinq premières années.

4° La pension est-elle définitive ?

On a, en effet, l'habitude de considérer une pension comme donnée à vie.

Ici, la pension peut être supprimée à tout moment pendant les cinq premières années si l'invalidité devient inférieure à 50 p. 100. L'assuré doit accepter toutes les visites médicales de contrôle. Si on la consolide au bout des cinq premières années, la pension, n'étant pas encore définitive, elle peut être supprimée si, à la fin de la dixième année, l'invalidité est estimée inférieure à 50 p. 100.

Telles sont, en gros, les conditions intéressant *l'assuré*.

Pour terminer ce commentaire succinct de la loi, nous insisterons sur ce point que l'assurance-invalidité, couvrant pour la bonne majorité des cas des malades évolutifs sans limite précise pour la durée des prestations, il est facile de se rendre compte des difficultés qui pourront survenir pour l'équilibre financier de ce risque.

Les fonds des caisses-invalidité proviennent temporairement de la Caisse générale de garantie, organisme régulateur.

Cet état de choses, qui n'avait été prévu que jusqu'au 1^{er} avril 1934, a été prorogé pour trois nouvelles années.

DEUXIÈME PARTIE

INTRODUCTION

Pour entrer dans le vif de notre sujet et aborder l'étude de l'assurance-invalidité du point de vue médical, le plus simple nous semble de présenter un cas concret. Nous supposerons l'assuré en question parfaitement en règle du point de vue administratif. Nous trouverons tout au long de son histoire les divers problèmes soulevés par la mise en pratique de l'assurance-invalidité. Ces problèmes feront par la suite l'objet des chapitres différents de notre étude.

Prenons le cas le plus courant : celui du tuberculeux.

M. X..., dans les antécédents duquel nous pouvons relever une pleurésie, complètement guérie, dans l'enfance; puis travail normal jusqu'au jour où ce sujet fait une hémoptysie. Cet assuré est immédiatement couvert par le risque maladie.

Dès les deux premiers mois de traitement, la Caisse-maladie signale le cas à la Caisse-invalidité, en vue d'une entente sur les mesures spéciales de thérapeutique et de soins susceptibles d'être accordées à cet assuré : *ceci constitue le problème de la prévention de l'invalidité.* L'assuré continue à se soigner et, au terme des six mois de prestations maladie, deux cas vont pouvoir se présenter :

a) Ou ce malade est resté un pré-tuberculeux sans signes cliniques ni bactériologiques nets;

b) Ou ce malade présente à la fin de sa période de six mois de maladie les signes cliniques et bactériologiques indéniables d'une tuberculose évolutive.

Tout ceci pose de nombreuses et intéressantes questions que nous allons énumérer succinctement.

Dans le premier cas, deux points sont à envisager :

1° *Doit-on purement et simplement supprimer à l'assuré le bénéfice des prestations ?*

2° L'assuré, s'estimant suffisamment malade, peut faire une demande de pension d'invalidité; celle-ci repoussée, l'assuré fait appel : *on convoque la commission technique.*

Dans le deuxième cas, le sujet, atteint de tuberculose évolutive avérée, va passer automatiquement du risque maladie au risque invalidité. Il va vouloir évidemment faire une demande de pension d'invalidité, il lui faut donc constituer un dossier. Dans celui-ci doit figurer un certificat de son médecin traitant. *Comment doit être rédigé ce certificat ?* Ce dossier, une fois constitué, part à la Caisse générale de garantie, après être passé par la Caisse-invalidité. Ceci demande quelques semaines d'ordinaire. *Le malade perd-il le bénéfice des prestations pendant ce temps ?*

Le médecin traitant, le médecin contrôleur de la Caisse-maladie, le médecin conseil de la Caisse-invalidité ont eu à fixer le pourcentage d'invalidité : *cette évaluation de l'incapacité de travail* est quelquefois d'une pratique très délicate. Nous y reviendrons très longuement.

L'invalidé a obtenu sa pension. *Quel va être son avenir ? Est-il possible à ce point de vue d'envisager certaines améliorations de la loi ?*

Enfin, nous avons pris pour exemple un tuberculeux. *Nous envisagerons à ce propos la lutte antituberculeuse dans le cadre des assurances sociales.*

Telles sont les grandes lignes sur lesquelles va porter notre travail.

Nous les traiterons dans l'ordre suivant :

CHAPITRE I. — *Les certificats et le secret médical.*

CHAPITRE II. — *La prévention de l'invalidité.*

CHAPITRE III. — *Pratique de l'évaluation de la capacité de travail. Barèmes.*

CHAPITRE IV. — *Fonctionnement de la Commission technique. Son utilité.*

CHAPITRE V. — *L'avenir des invalides. La rééducation.*

CHAPITRE VI. — *La lutte antituberculeuse dans le cadre des assurances sociales.*

CHAPITRE VII. — *Le dossier d'invalidité.*

CHAPITRE PREMIER

LES CERTIFICATS ET LE SECRET MEDICAL

Dès que les préparatifs de départ pour les prestations invalidité se firent sentir, c'est-à-dire vers l'automne de l'année 1932, la question du respect du secret médical se posa au premier plan pour le médecin praticien.

La loi, en effet, réclame au médecin traitant d'un assuré qui dépose une demande de pension une attestation dans laquelle le médecin certifie l'incapacité de travail de son client.

Mais la circulaire ministérielle du 1^{er} décembre 1932 précise que, dans les pièces à fournir par l'assuré, doit figurer un certificat du médecin traitant indiquant :

« a) Nature et début de l'affection ou de l'infirmité qui motive la demande;

» b) Conséquence de ladite affection ou infirmité sur la capacité de travail de l'assuré, en précisant si cette capacité se trouve réduite des deux tiers, ainsi que la durée de l'incapacité de travail. »

C'est de là que naquirent toutes les discussions, qui se poursuivent d'ailleurs actuellement encore, non seulement en ce qui concerne le secret professionnel en lui-même, mais, par contrecoup, en ce qui concerne le rôle que doit tenir le médecin traitant dans la constitution du dossier d'invalidité

Délivrance des certificats.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point que le médecin qui délivrerait un certificat tel qu'il est demandé par la cir-

culaire du 1^{er} décembre 1932 violerait indirectement le secret professionnel.

D'autre part, en plus de la question de principe, se pose une question de simple humanité : il est cruel, en effet, de remettre à un assuré un certificat sur lequel s'étale un diagnostic qui est pour lui un arrêt de mort... Or, dans l'assurance-invalidité, n'oublions pas que ce sont des malades évolutifs qui sont pour la majeure part en question, et il arriverait bien souvent de lire sur le fameux certificat : « Tuberculose cavitaire », ou bien encore : « Cancer de l'estomac », ou tout autre diagnostic susceptible de mettre le malade brutalement en face de la gravité de son état, coup moral d'une rigueur qu'on ne peut contester. De toutes parts, la question a été envisagée, discutée. Les conseils de la Confédération des Syndicats médicaux s'y sont longuement arrêtés.

Les trois attitudes possibles du médecin traitant sont les suivantes :

- a) refuser au malade tout certificat;
- b) donner à l'assuré son certificat, mais sous enveloppe fermée confidentielle;
- c) se borner à donner dans ce papier l'attestation de l'existence d'une invalidité des deux tiers.

La première attitude évidemment en accord avec la thèse du secret professionnel absolu est impossible à observer pour le médecin, puisque ce serait faire obstacle à la constitution du dossier d'invalidité de son client. D'ailleurs, celui-ci pourra souvent insister auprès de son médecin pour avoir un certificat détaillé. Or, dans la pratique courante, il arrive au médecin de délivrer de semblables certificats à la demande des malades : pourquoi les refuserait-il aux clients assurés sociaux ?

La deuxième manière de faire, qui consisterait à donner à l'assuré un certificat complet sous enveloppe fermée, se heurte à ce fait que les médecins contrôleurs des Caisses-

maladie et invalidité, qui vont recevoir ce certificat par la suite, ne sont pas liés vis-à-vis des Caisses par le secret professionnel, et alors rien ne garantit que ce certificat ne va pas prendre place dans un dossier administratif accessible à de trop nombreuses personnes.

Enfin il reste, nous l'avons vu, une troisième manière d'agir : c'est de ne noter, dans le certificat, que l'existence d'une invalidité des deux tiers. C'est évidemment une solution possible, puisque cela suffira à déclencher l'enquête sur l'invalidité. Mais est-ce suffisant ?

Cela dépend de la manière dont le contrôle médical des caisses-maladie est effectué..., et nous voici amené, à propos du secret médical, à envisager les rapports qui doivent exister entre médecins traitants et médecins contrôleurs des caisses.

Rapports entre médecin traitant et médecins contrôleurs des Caisses.

Si tous les auteurs sont d'accord sur le fait que le certificat demandé par la circulaire ministérielle du 1^{er} décembre 1932 constituerait une violation indirecte du secret médical, il n'en est plus de même lorsqu'ils envisagent le rôle *que doit jouer le médecin traitant dans la constitution du dossier d'invalidité*, c'est-à-dire, par le même fait, sur les *rapports qui doivent exister entre médecin traitant et médecins contrôleurs des Caisses*.

Nous ne pouvons mieux faire à ce sujet que de confronter quelques thèses, celles de personnalités particulièrement compétentes en la matière.

Nous trouvons en présence les avis différents de MM. les Docteurs Hilaire et Cibrie, secrétaires généraux de la Confédération des Syndicats médicaux de France; Mazel, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et Maurice Rivière, Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Pour les Docteurs Hilaire et Cibrie, le médecin traitant doit s'en tenir à certifier que son client est atteint d'une affection qui réduit sa capacité de travail des deux tiers ou plus.

Ils supposent, pour que la constitution du dossier d'invalidité soit normale, que le médecin contrôleur a, par les feuilles d'assurances, par les prescriptions du médecin traitant, par les visites personnelles que l'assuré ne peut refuser, très suffisamment surveillé l'évolution de la maladie. Il peut ainsi transmettre au médecin contrôleur de la Caisse-invalidité une observation détaillée permettant à celui-ci de juger sur pièces.

Toutefois, dans les endroits, où, par convention Syndicat-Caisse, le médecin contrôleur de la Caisse-maladie sera tenu contractuellement au secret vis-à-vis de sa Caisse, ce médecin contrôleur aura pu recevoir des confidences du médecin traitant.

Voici, d'ailleurs, ce que pensent MM. Hilaire et Cibrie à propos des certificats médicaux dans l'assurance sociale : il s'agit de la reproduction d'une lettre du Docteur Hilaire au Docteur Duchesne, lettre publiée dans le *Concours médical* du 27 août 1933 :

.....

« Nous pensons, Cibrie et moi, comme vous-même, qu'il n'y a pas de secret entre le médecin et son malade. Et ce que le médecin a le droit de dire à son malade, il a pareillement le droit de le lui écrire. L'usage que fait le malade de ce qui lui a été écrit ou dit par son médecin est le fait du malade et non du médecin.

» Malheureusement, l'opinion médicale a été empoisonnée par la thèse de la violation indirecte du secret professionnel. Or, il ne peut y avoir violation indirecte (par l'intermédiaire du médecin), puisque la violation du secret consiste essentiellement dans la livraison directe du secret par le médecin à un tiers. Par contre, nous devons aider le malade et même l'inciter à garder le secret des maladies dans une mesure raisonnable. C'est de la confusion de ces deux obligations, l'une légale (secret professionnel) l'autre morale (secret de la maladie), que vient toute l'obscurité du problème. »

Le Professeur Mazel, lui, s'en tient à une conception strictement légale : le médecin ne doit pas donner de certificat. La divulgation qui lui est demandée est inutile, illégale et en désaccord avec l'esprit du rôle du médecin traitant.

Et les médecins syndiqués du Rhône, entrant dans ces vues, publiaient dans le *Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône*, n° 7, de juillet 1933, les lignes suivantes :

« ... La divulgation par le médecin traitant, sur le certificat d'assurance-invalidité, de la nature de la maladie causale, constitue une mesure dénuée de tout intérêt pratique; une telle ligne de conduite est en opposition avec le rôle moral du médecin traitant, l'observation du secret professionnel est une règle d'ordre public, d'intérêt général. Elle grandit et honore notre profession. Il faut n'y porter atteinte qu'avec une extrême prudence. Elle est au-dessus d'une circulaire, au-dessus du Corps médical lui-même, qui n'a pas le pouvoir de s'en libérer à sa guise. »

Il est bien évident que cette conception suppose un contrôle médical impeccable, sans quoi il est matériellement impossible au médecin conseil de la Caisse-invalidité de se prononcer sur le droit à pension de l'assuré.

Du point de vue de la loi, cette manière de voir est évidemment la seule vraiment bonne... mais sa mise en pratique ne laisse-t-elle pas à désirer ?

A Paris, où ce système fonctionne, les plus grands éloges nous en ont été faits. Désirant nous rendre compte personnellement de la réalité de cette bonne marche, nous nous sommes rendu sur place. Au cours de visites, notamment à M. le Docteur Perret, médecin conseil invalidité, il nous a été loisible de consulter de nombreux dossiers d'invalidité.

Nous avons pu voir, en effet, que la feuille de certificat médical — que nous reproduisons d'autre part — destinée à être remplie par le médecin traitant, certifiait que M. X... était atteint d'une affection chronique. Parfois même, le mot « chronique » n'existait pas et des médecins avaient simplement inscrit aux lieu et place de leur attestation : Article 378 du Code pénal.

Par contre, et fort heureusement pour le médecin conseil de la Caisse-invalidité, nous devons dire que les observations médicales dues aux médecins contrôleurs des caisses-maladie étaient, en général, fort complètes.

Ce système, à l'épreuve, semble donc utilisable à la condition — et il faut avouer qu'elle n'est pas négligeable — que le travail des médecins contrôleurs des caisses-maladie soit toujours d'une conscience irréprochable et n'admette pas l'ombre d'une défaillance.

Et nous arrivons à la troisième thèse : celle du Professeur Maurice Rivière.

Le Professeur Rivière, d'ailleurs appuyé juridiquement par le Professeur Bonnacase, de la Faculté de droit de Bordeaux, part d'un point de vue qu'il donne d'ailleurs très clairement dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 20 juin 1933 :

« Le médecin contrôleur du risque-invalidité ne pourra, en toute conscience, accepter de remplir sa mission que s'il a en mains un *dossier médical* très complet, dont il pourra tirer parti en toute tranquillité d'esprit si, par ailleurs, toutes garanties lui sont données que le secret professionnel sera intégralement respecté par les caisses. »

Pour obtenir ce dossier médical très complet, le Professeur Rivière préconise une entente étroite entre les trois médecins : médecin traitant, médecin contrôleur maladie, médecin contrôleur invalidité, qui forment, suivant la propre expression du professeur Rivière, la *Trinité médicale*. Et l'on peut lire, sous sa signature, dans le *Médecin Conseil* de février 1934 :

« ... L'assuré qui tombe malade, pour peu que sa maladie se prolonge, devient tributaire, non seulement *des soins* que lui doit son *médecin traitant*, mais aussi *du contrôle* qu'ont le droit d'exercer sur lui les *médecins des caisses d'assurances sociales*, soit au cours des six premiers mois de sa maladie, soit au terme de ces six mois, pour la constitution de sa demande de pension d'invalidité.

dité, soit enfin pendant les cinq premières années de son invalidité. Toutefois, jusqu'au 1^{er} avril 1934, le service médical de la Caisse générale de garantie, qui participe aux charges des deux Caisses-maladie et invalidité, se trouve, de ce fait, investi très naturellement des mêmes droits de contrôle.

» Quoi qu'il en soit, cette trinité médicale, à des titres divers mais convergents, va donc avoir à intervenir pour tout assuré tombant malade et ayant droit aux prestations de sa caisse primaire; car les efforts des trois médecins concourent au même but : la guérison, dans le plus court temps possible, et par les moyens thérapeutiques les plus adéquats au but poursuivi. Leurs droits sont donc égaux devant l'assuré et devant les Caisses et il ne serait ni juste ni prudent de placer « en opposition », les uns à l'égard des autres, le médecin traitant et les médecins des Caisses.

» Ces trois médecins doivent, au contraire, constituer un organisme autonome, dans lequel ils sont étroitement liés les uns aux autres par les droits et les devoirs résultant de la charte médicale qui habilite et légitime tous les actes; il n'y a donc pas lieu d'imposer la moindre réserve aux uns plutôt qu'aux autres, car ils doivent tendre tous leurs efforts vers un but unique, et, par suite, arriver à une *entente confraternelle indispensable* pour que soient défendus à la fois l'intérêt de l'assuré, mais aussi celui des Caisses d'assurances, et même celui des médecins. »

Nous étudierons, par la suite, le système qui, basé sur ces principes, fonctionne à la satisfaction de tous, à Bordeaux. Nous voici devant une thèse qui soutient l'utilité d'un certificat détaillé du médecin traitant.

Ici, seule condition pour une possibilité de mise en pratique : *les caisses respecteront intégralement le secret professionnel.*

Il faudra donc, et nous le retrouverons dans un prochain chapitre, que le service médical des caisses soit autonome et distinct des services administratifs.

Ce point de vue, en restant toujours dans la question du secret médical, est évidemment critiquable. On peut lui reprocher, prenant l'esprit de la loi au lieu de la lettre, de mettre le médecin traitant dans une situation sinon franche-

ment illégale, du moins douteuse, quoique dans un but éminemment louable. On peut penser qu'il est difficile de séparer les parties administratives et médicales d'un même dossier, on peut aussi penser que toutes les Caisses n'accepteront peut-être pas cette manière de voir; ce sont là des critiques qui seront acceptées et discutées certainement par ceux qui soutiennent la thèse de la collaboration du médecin traitant; mais il est des critiques inacceptables de la part de médecins, et nous croyons faire œuvre utile en signalant un article du Docteur Dibos, paru dans le *Médecin de France* du 1^{er} octobre 1933 et intitulé : *A propos d'assurance-invalidité*. Nous en publions, sans commentaires, un extrait par lequel il est possible de se faire une idée de la situation tout particulièrement pénible du médecin praticien depuis l'avènement de l'assurance-invalidité !

« ... Après avoir pendant toute la journée gravi des étages, ou parcouru les routes par tous les temps, rentrant harassé à son foyer, le médecin n'aura pas encore droit au repos. Délaisant sa famille, ses propres affaires, il devra se mettre à la table de travail pour rédiger les observations de la journée et tenir à jour les autres. Cette rédaction se fera « sous la forme médicale » : antécédents héréditaires, antécédents personnels, description des symptômes, examen complet des divers organes et appareils, diagnostic différentiel, diagnostic, pronostic, traitement, rien ne devra être négligé. L'observation rédigée, dans son propre intérêt, en cas de contestation toujours possible, il devra en prendre une copie.

» Ce n'est pas tout, il aura ensuite la correspondance à entretenir pour se concerter avec les contrôleurs sur les prescriptions les plus capables, etc. Tout cela, d'ailleurs, probablement gratuitement; car il n'est pas question nulle part de rémunération. Ce sera un travail journalier, car fatalement, poussés par ces Caisses, si ce n'est de leur propre chef pour justifier ou améliorer leur situation, les médecins contrôleurs interviendront non pas exceptionnellement, mais habituellement, dans le traitement des assurés sociaux. Le mur que nous avons dressé entre le contrôle des caisses et le contrôle technique s'effondre. Les deux se confondent, puisque le médecin contrôleur du risque maladie peut les exercer

comme il lui plaît, sous le prétexte toujours plausible d'une invalidité problématique. D'ailleurs, les Caisses pousseront à cette confusion pour s'emparer d'une prérogative qui leur avait échappé jusque-là. »

C'est à propos de langage de ce genre, sans doute, que l'on pouvait lire dans le *Médecin de France* du 4 avril 1933, sous la signature du Docteur Cibrie, ces quelques lignes, entre autres :

« ... mais dans nos assemblées nous entendons trop souvent, et trop souvent nous écoutons d'une oreille complaisante quelques discours dont l'exagération donne à l'orateur l'allure passagère d'un « persécuté ».

Puis plus loin :

« ... ils prédisent avec chaleur la fin proche de la médecine, l'oppression du Corps médical, la fonte des clientèles, la misère pour tous demain... »

Et le Docteur Cibrie concluait par ces mots :

« Donner au public qui nous observe — prêt à sourire — l'impression d'agitation disproportionnée est une mauvaise chose. Ne transformons pas les escarmouches en grande bataille, ne dramatisons pas à tout bout de champ, ne faisons pas du syndicalisme hargneux, gardons à nos assises locales ou générales un caractère sérieux et réfléchi. »

Quoi qu'il en soit, il nous est donné de nous rendre compte, à présent, que les avis sont loin d'être partagés en ce qui concerne cette fameuse question du secret professionnel. Personne ne rejette le principe de ce secret, mais certains, estimant que les médecins contrôleurs, n'étant tenus au secret par aucun texte de loi, n'ont pas à recevoir d'indications des médecins traitants, entrent alors en conflit d'idées avec l'autre partie qui pense que, pour plus d'équité dans la répartition des pensions, il faut un accord constant des trois médecins. Il nous est difficile de prendre nettement parti

dans une pareille controverse, on nous objecterait cet argument massue qui laisse les jeunes muets et, d'ailleurs, sans possibilité de réponse : au nom de quelle expérience parlez-vous ? Evidemment...

Toutefois, nous tenons, pour clore ce chapitre, à examiner les divers arguments qui nous sont donnés.

Les partisans du respect absolu du secret professionnel n'ont évidemment pas de raisons particulières à invoquer pour justifier leur manière de voir. Ils partent d'un point de vue couvert par la loi et, sans vouloir se demander si l'intérêt du malade en souffrira, ils refusent de se rendre à toute sollicitation — fût-ce une circulaire ministérielle — préférant se retrancher derrière le fameux article 378 du Code pénal, précaution dont on ne saurait trop apprécier la qualité morale...

Nous posons nettement la question : est-ce bien là, à l'heure actuelle, le véritable devoir du médecin ?

N'oublions pas que nous nous trouvons à un tournant accusé de l'histoire de la médecine..., nous n'en sommes plus aux considérations des intérêts purement personnels : l'avènement de la médecine sociale, chose heureuse si l'on veut bien considérer ses bienfaits vis-à-vis de l'intérêt général, c'est-à-dire de la santé publique, a transformé les obligations du médecin. Son rôle est-il moins beau pour cela, son prestige en est-il diminué ? Pas le moindrement... Alors, pourquoi cette réticence lorsqu'il s'agit de collaborer à une loi d'ordre public ? Tout de suite nous pouvons faire remarquer que, ces reproches, nous les adressons aux médecins de chez nous, aux médecins français; les praticiens étrangers se sont toujours soumis bien plus facilement aux exigences des lois sociales. Cela provient du fait que l'esprit français, toujours aussi indépendant, aussi frondeur, se plie mal à toute discipline, surtout lorsque celle-ci touche plus particulièrement à des questions d'amour-propre.

Pourtant, nous ne pensions pas que cet esprit d'indépendance pût se doubler d'un esprit de doute et de scepticisme

particulièrement pénible à observer. Or, tous les apaisements possibles ont été donnés au Corps médical pour l'amener à collaborer pleinement et loyalement à l'institution des assurances sociales. Rien de ce qu'il craignait de l'asservissement de la pratique médicale ne s'est produit, les « droits » du médecin : libre choix, liberté de prescription, entente directe, ont été intégralement respectés. La loi apporte de plus, au praticien, une certitude matérielle qu'il ne possédait pas auparavant : les temps sont durs pour tous, cela n'est pas négligeable. On s'aperçoit, à ce moment, qu'il ne faut pas demander au médecin de s'intéresser au sort de sa nouvelle clientèle : tous les avantages, il daigne les accepter, mais quant à faire le moindre geste prouvant de sa part une reconnaissance ou un simple intérêt envers l'organisation nouvelle dont il bénéficie, il n'y faut pas songer !

C'est pourquoi l'effort fait par ceux qui ont cherché une solution permettant au praticien de collaborer, sans arrière-pensée, à l'application de la loi des assurances sociales est méritoire et digne d'être examiné.

C'est dans ce but que, se basant sur un arrêt de la Cour de cassation du 13 mars 1897, qui déclare que : « Si les médecins ne sont relevés de l'obligation du secret professionnel que dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils *doivent* adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique, ces communications, confidentielles par leur nature, conservent le même caractère aux mains des représentants, cependant purement administratifs, assimilés pour le secret professionnel au médecin lui-même. », le Professeur Rivière ajoute, à ce propos, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 10 janvier 1933 :

« En résumé, il semble bien résulter de ces considérations que de par la loi, le secret médical reste absolu, quand se trouvent en jeu de simples intérêts particuliers, dont le médecin n'a pas à tenir compte, mais que, lorsqu'il s'agit de protéger et de défendre la santé générale ou certains budgets d'œuvres surtout sociales, l'intérêt

particulier doit céder le pas à l'intérêt général, et qu'alors le médecin traitant est obligé de violer le secret médical et, au besoin, de libeller des certificats qui peuvent passer aux mains d'agents non médicaux et purement administratifs, plus ou moins liés eux-mêmes, cependant, par le secret professionnel.

» Retenons en tout cas, pour l'instant, que, *pour le médecin traitant, le secret médical n'est pas intangible*, et qu'il peut être amené à ne pas le respecter dans son intégrité lorsqu'un intérêt supérieur et général lui en fait un devoir et une obligation : *dura lex, sed lex*.

» La loi des Assurances Sociales nous paraît, à ce point de vue, rentrer dans la catégorie des lois qui obligent le médecin à des déclarations, pourvu que celles-ci soient faites dans les conditions les plus susceptibles de sauvegarder le secret professionnel, ou que la violation de celui-ci, quand elle devient obligatoire, soit entourée au moins de toutes les réserves possibles.

» La seule objection que l'on pourrait faire à cette manière de voir, c'est qu'il soit nécessaire, pour que le médecin traitant se croie autorisé à violer ainsi le secret médical, qu'une décision légale lui en donne le droit et lui en fasse un devoir. »

Et le Professeur Rivière essaie de chercher dans la loi cette obligation pour le praticien; d'autre part, il s'efforce de trouver le moyen de lui donner les apaisements qu'il peut désirer à propos du fameux secret.

L'assuré est soumis à un contrôle médical dont personne ne songe à critiquer l'utilité; mais il a le droit d'exiger que ce contrôle soit fait en présence de son médecin traitant.

Celui-ci peut-il réellement assister, muet, à l'examen de son confrère, médecin au même titre que lui? Peut-il le laisser se fourvoyer, faute de connaître suffisamment le malade, et aboutir à un diagnostic inexact, tout ceci sans intervenir?

Il est pourtant aisé de comprendre que des causes particulières rendent plus difficile l'examen du malade par le médecin contrôleur que par le médecin traitant : celui-ci obtiendra, en effet, plus facilement de certains malades des détails touchant leurs antécédents, il les aura parfois suivis depuis déjà longtemps et connaîtra chez eux la valeur de tels symp-

tômes qui, à première vue, peuvent égarer le diagnostic. D'autre part, l'inverse est vrai, en ce sens que souvent le malade essaiera d'influencer le contrôleur, ne pensant évidemment qu'à l'intérêt qui peut en résulter pour lui.

Nous verrons dans les prochains chapitres, à la lumière de faits nouveaux, qu'il est désormais réellement impossible pour le praticien de se dérober à sa tâche de médecin social. Tous les efforts sont faits pour que les confidences dont il aide le contrôle ne deviennent pas le secret de polichinelle.

Il faut, d'ailleurs, que le praticien se rende bien compte que, désormais, le malade n'est guère au fond très touché par la divulgation du secret de la maladie : il n'est que de regarder du côté des pensions militaires ! Où est-il, dans l'établissement et l'octroi de celles-ci, le fameux secret ?

Une seule chose importe, en réalité, au malade : bénéficier de tous les avantages de la loi, et cela est très humain...

Ici encore, le praticien doit trouver une raison pour collaborer : il doit garder, par son intégrité, le prestige du Corps médical, c'est-à-dire qu'il ne doit pas, en fermant les yeux, favoriser des abus dont tous pâtiraient par la suite.

Enfin, chaque fois que l'intérêt du malade est en cause, celui-ci doit trouver, dans son médecin, un soutien et un défenseur dont nous retrouverons le rôle important dans le chapitre traitant de la Commission technique.

CHAPITRE II

LA PREVENTION DE L'INVALIDITE

Le Règlement d'administration publique (R. A. P.) pour l'application de la loi sur les Assurances Sociales contient les dispositions suivantes :

ART. 37, § 1^{er}. — La Caisse d'assurance-maladie doit, dans la mesure de ses ressources, prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie.

§ 2. — Elle doit notamment signaler, à partir du 1^{er} juillet 1932, à la Caisse à qui incombe le risque invalidité, c'est-à-dire jusqu'au 1^{er} avril 1934, à la Caisse générale de garantie, les assurés dont la maladie, en se prolongeant au-delà de deux mois, fait présager une invalidité future, ou paraît exiger des soins spéciaux, tel qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure.

§ 3. — Ces soins peuvent être, d'un commun accord entre les deux caisses, dispensés par celle qui assure le risque invalidité, à charge de remboursement par la Caisse d'assurance-maladie.

§ 4. — Eventuellement, la Caisse assurant le risque invalidité peut assurer la charge de ces soins pour les rendre plus prompts et plus efficaces.

La loi elle-même est muette sur ce point, et c'est la circulaire ministérielle du 1^{er} décembre 1932, qui, reprenant l'article 37 du R.A.P., régit, à l'heure actuelle, l'organisation de cette prévention.

Avant d'étudier le mode de mise en pratique des dispositions de cette circulaire, nous devons nous demander quel est le but envisagé.

But de la prévention de l'invalidité.

Il est assez clair que l'auteur de la circulaire, songeant tout d'abord aux deniers de l'Etat, a été frappé de l'intérêt qu'il y aurait pour celui-ci à ce que nombre d'invalidités probables soient évitées par des mesures même parfois trop onéreuses en apparence.

Par la même occasion, le but d'épargne dont nous venons de parler se double d'un but humanitaire, puisqu'il s'agit de garder aux assurés malades la faculté de pouvoir travailler, condition qui est pour eux d'un intérêt primordial : la pension maxima est de 4.320 francs !..

Mécanisme de la prévention.

Il est simple; basé sur la collaboration des Caisses-maladie et invalidité, il fonctionne de la façon suivante :

Aussi précocement que possible, les deux mois indiqués dans la circulaire ne sont qu'un chiffre invitant à un contrôle, la Caisse-maladie dépiste les cas paraissant susceptibles de se prolonger au-delà de six mois, donnant lieu à une invalidité. L'examen du malade est alors poussé à fond, puis le problème se pose de savoir si, par des mesures thérapeutiques spéciales, voire un séjour dans un établissement de cure (préventorium ou autre), il n'est pas possible d'enrayer une invalidité menaçante.

Le traitement étant envisagé, on ne peut évidemment pas en faire supporter les frais par l'assuré, d'autant que, d'une façon générale, ses possibilités pécuniaires s'avèrent insuffisantes. La Caisse-invalidité est alors prévenue par la Caisse-maladie.

Le cas est à nouveau examiné, et la Caisse-invalidité, qui trouve son intérêt à éviter, ou seulement à réduire la durée de l'invalidité, va transmettre la demande de fonds à la Caisse générale de garantie qui, jusqu'au 1^{er} avril 1937, finance la prévention pour la part qui dépasse le tarif de responsabilité de la Caisse-maladie.

Pratique de la prévention.

Nous venons de voir la théorie de la prévention. La mise en pratique répond-elle aux espoirs qu'on pouvait fonder sur elle ? Il semble que l'on n'ait pas à enregistrer de trop grandes déceptions et, au bout de deux ans d'expérience, on pense pouvoir affirmer que la prévention a rendu de grands services.

Toutefois, ce n'est pas sans difficulté que l'on a pu faire accepter par tous cette pratique. Quoi qu'il en soit, il s'impose une première conclusion que le Docteur J. Godard exposait d'ailleurs dans le numéro de janvier 1934 du *Médecin conseil* :

« Il est inutile de signaler à la Caisse de capitalisation tous les cas d'invalidité probable; en fait, la fiche de signalement ne doit servir que dans les cas où se pose justement cette question de la collaboration financière entre Caisse-maladie et Caisse-invalidité.

» Toute la question revient donc à ceci : établir entre médecins conseils et administrateurs des deux caisses une politique et une technique communes de la prévention de l'invalidité : le mécanisme de prévention de l'invalidité, tel qu'il est prévu par la loi, ne doit pas aboutir au signalement automatique et machinal des futurs invalides dès le deuxième mois de la maladie, il doit être le choix de cas judicieusement sélectionnés pour lesquels la collaboration financière de la Caisse-invalidité sera accordée en vue de traitements spéciaux. »

Nous voyons ainsi que l'application pratique a fait ressortir une erreur du R. A. P. : le signalement des malades de deux mois à la Caisse-invalidité ne doit pas être automatique, et cela se comprend fort bien. Le seul point important, à ce propos, est en effet le *pronostic* porté sur le cas examiné, et c'est seulement sur ce pronostic qu'il faudra, ou non, envisager des traitements spéciaux, c'est-à-dire la collaboration financière de la Caisse-invalidité. Il ne faut

pas que ces Caisses-invalidité dispensent leurs prestations à la légère : elles sont actuellement couvertes par la Caisse générale de garantie, mais lorsqu'elles seront livrées à elles seules, le problème financier sera pour elles très sérieux, et il est préférable que, dès le début, des habitudes sévères soient prises du point de vue de la comptabilité. Et maintenant, abandonnant le mécanisme théorique et pratique de la prévention, tournons-nous vers le problème médical qui a surgi à son propos.

Le médecin praticien et la prévention de l'invalidité.

Nous cédonc la place, pour poser la question, au représentant des syndicats médicaux, le Docteur Hilaire, qui, dans son rapport du 2 avril 1933, au *Conseil de la Confédération*, écrivait :

« ... L'idée de mettre libéralement à la disposition des assurés, menacés d'invalidité, des prestations en argent et en nature, ne peut donc qu'être approuvée par le Corps médical. Mais on peut craindre que, dans la pratique, ces méthodes ne soulèvent quelques difficultés d'application.

» 1° Tout d'abord, les Caisses-maladie et invalidité vont se croire autorisées à imposer à l'assuré certaines formes de soins, tels séjours en établissements de soins, sous menace de lui refuser les prestations. Sans doute, les commissions cantonales et les tribunaux civils ne sanctionneraient-ils pas cette prétention. Mais combien d'assurés capituleront devant une simple menace ! Et dans les cas où la Caisse-invalidité prendrait les soins à sa charge, sans qu'il y ait obligation légale pour elle de le faire, il est permis de se demander si le recours aux tribunaux serait même opérant. La liberté de l'assuré de déterminer où et comment il désire se soigner peut donc se trouver mise en péril, pour des motifs d'ailleurs d'ordre élevé, nous ne le méconnaissons pas.

» 2° D'autre part, c'est le médecin de la Caisse-maladie qui, dans les affections dépassant deux mois de durée, déterminera si des soins spéciaux ou un séjour en établissement de soins sont

nécessaires. Que devient alors l'obligation qui lui est imposée par le R. A. P. « de ne pas s'immiscer dans les rapports du malade » et de son médecin traitant ? » A s'en tenir au texte, il semble que le médecin contrôleur se bornerait à transmettre son avis à la Caisse; mais alors c'est celle-ci qui interviendrait dans le traitement.

» Sans doute, les droits de l'assuré restent intacts en principe : le libre choix, inscrit à l'article 4 de la loi, n'est pas supprimé, même partiellement, ni par l'article 37 du R. A. P., ni par la circulaire sur l'invalidité. Bien plus, ce droit au libre choix persiste pendant les cinq premières années de l'invalidité, dans les mêmes conditions qu'en matière de maladie. Et sans doute aussi aucun conflit n'est à craindre entre un médecin traitant, uniquement soucieux de la santé de son malade, et un médecin contrôleur doué de tact et respectueux des droits de l'assuré et du médecin traitant. Mais qui peut assurer que ces conditions idéales seront toujours remplies ? Et, même entre hommes de bonne foi, que de conflits d'opinion possibles! -

» En résumé, l'application des dispositions relatives à la prévention de l'invalidité soulève des problèmes délicats. Ces problèmes exigent, pour être équitablement résolus, un contact de plus en plus étroit entre les syndicats et les caisses, en vue d'adopter en commun les directives appropriées. Ils réclament aussi une collaboration de plus en plus confiante entre le médecin traitant et le médecin contrôleur, afin d'aboutir dans chaque cas à la solution la plus favorable aux intérêts physiques et moraux de l'assuré.

» Ces dispositions conciliantes n'excluent pas d'ailleurs une attitude vigilante de la part du Syndicat. »

Nous nous retrouvons là encore devant les difficultés que nous avons étudiées au premier chapitre : celles soulevées par la collaboration entre médecin traitant et médecin contrôleur.

Ici, toutefois, le problème se pose sous un autre angle, qui est celui du respect de la liberté de prescriptions.

Ainsi que le Docteur Hilaire le fait remarquer, il est à

craindre que des frictions s'établissent du fait que le médecin contrôleur (ou sa caisse) viendra s'immiscer dans la conduite du traitement. Nous sommes tout prêt à admettre cette manière de voir s'il nous est prouvé que les choses se passent ainsi; mais ne semble-t-il pas que, cette fois encore, le praticien pêche par méfiance ? En effet, il n'a jamais été question qu'un contrôleur vienne bouleverser l'ordonnance établie par son confrère et faire changer telle potion prescrite; il s'agit d'une intervention plus sérieuse et réellement plus noble.

Il est des soins (intervention chirurgicale, séjours dans préventorium ou établissement de cure) que le praticien ne peut proposer à son client du simple fait que celui-ci est dans l'incapacité de payer la différence du tarif de responsabilité de la Caisse-maladie aux prix réel de ces soins. A ce moment, un confrère vient lui dire : « Je vous apporte cette différence. » Peut-on appeler cela *s'immiscer dans la conduite d'un traitement* ? L'intérêt du malade doit passer avant toute question d'intérêt personnel (quelques honoraires de visites perdus) ou d'amour-propre qui d'ailleurs, ici, n'a nulle raison de se sentir chatouillé. La guérison d'un individu quel qu'il soit ne saurait être mise en balance avec des considérations de ce genre.

D'ailleurs, la liberté existant pour tous, le praticien n'a pas à accepter tel ou tel traitement pour son client; il a, d'accord avec le médecin contrôleur sur l'efficacité probable des soins envisagés, à dire à son malade : « Les assurances sociales proposent de payer pour vous les frais de tel traitement susceptible d'agir plus rapidement pour le rétablissement de votre santé. » Et le malade reste entièrement libre d'accepter ou non.

Cet effort fait par les Caisses-invalidité méritait certainement d'être mieux accueilli à sa venue au monde. Il faut bien que l'assuré se rende compte qu'il est régi par une loi profondément humanitaire, que chacun des buts partiels visés par celle-ci l'est dans l'intérêt strict de l'assuré; qu'en-

fin le législateur s'efforce chaque jour de mieux faire dans ce but, si bien qu'un peu de reconnaissance de la part du bénéficiaire ne serait pas du tout déplacée.

C'est, d'ailleurs, au médecin qu'incombe la plupart du temps le devoir moral d'inculquer cette idée à ses clients assurés qui ont trop souvent tendance à considérer comme un droit strict et normal ce qui n'est en réalité que concession.

Dans le cas qui nous occupe, les actes de prévention, chaque jour plus nombreux et chaque jour rendant de tels services qu'ils arriveront bientôt à être une arme de premier ordre pour le maintien de la santé publique, ne sont possibles que par la souplesse laissée par la loi à l'assurance-invalidité.

Ceci dit, et pour en revenir à la conduite susceptible d'être tenue par le médecin traitant, nous reproduisons sous la signature du Docteur Boucher une partie d'article traitant du *Rôle moral et social du contrôle médical dans les assurances sociales* publié dans le *Médecin conseil* de juillet 1934 :

« ... Nous venons de voir que le contrôle médical avait un rôle de première importance, à la fois moral et social.

» Dans cette mission délicate, le médecin contrôleur doit toujours apporter le plus grand esprit de collaboration avec le Corps médical, dans l'intérêt du malade et dans le respect qu'il a pour l'exercice d'une profession qui est sienne.

» Son rôle, cependant, est difficile. Le malade de bonne foi interprétera ses paroles et ses intentions; le malade de mauvaise foi les déformera. On lui demandera parfois un conseil, un jugement, un pronostic, et, même en se tenant sur la plus stricte réserve, il est difficile de ne prononcer aucun mot qui ne puisse prêter à critique.

» Il est nécessaire qu'il trouve à son tour, chez le médecin traitant, un désir de collaboration qui, il faut le constater, lui a été généralement acquis dès le début. A mesure que les esprits s'accoutument au fonctionnement de la loi, cette collaboration ne diminue pas, au contraire, et j'espère qu'avec la meilleure con-

naissance des dispositions légales, un certain nombre de causes de discussions pourront être écartées. Partisan résolu et impénitent de la collaboration entre hommes de bonne volonté dans tous les domaines, je crois qu'il ne peut y avoir que danger pour les Caisses et pour le Corps médical — plus encore pour ce dernier que pour les Caisses — et grand dommage pour les assurés, à ce que cette collaboration se relâche au lieu de s'accroître.

» Précisément parce que je sais, par expérience journalière, que cette collaboration se réalise pratiquement dans une confiance mutuelle et parce que j'en constate les bons effets pour tous, je sais très bien aussi les inconvénients graves que créerait la méfiance érigée en principe directeur. Tenu à l'écart et laissé systématiquement à ses propres et rapides investigations, le médecin contrôleur devrait donc prendre ses décisions seul, et il serait à craindre, fatalement, que le malade, pris entre des intérêts pécuniaires immédiats et la défense de droits théoriques qui ne seraient pas toujours les siens, ne perdît trop fréquemment contact avec son médecin traitant.

» Opposé résolument par conviction à la médecine de caisse, je vois personnellement, dans le refus de collaboration, le plus sûr moyen d'en préparer l'avènement. Aussi est-il de première importance que les médecins ne se désintéressent pas du mécanisme, un peu compliqué sans doute, d'une loi qui les touche d'aussi près. Bien que, par tournure d'esprit et par habitude professionnelle des solutions pratiques immédiates, ils n'aient pas les codifications administratives, il est de leur intérêt le plus certain de se mettre au courant des droits et des obligations de leurs assurés.

» Nous n'en verrons plus alors faire, au bout de six mois et demi une opération que, médicalement et chirurgicalement, on aurait pu faire un mois plus tôt. Le malade s'indignera de se voir refuser des prestations, ce qui arrivera inmanquablement s'il n'a pas droit à l'invalidité. Il n'y aurait aucune difficulté si le médecin ou le chirurgien, pensant à la loi, fixait la date de son opération en tenant compte de ses modalités de fonctionnement.

» De même, nous ne verrons pas des demandes d'invalidité formulées après dix mois de soins ou davantage, si le Corps médical était mieux au fait des dispositions de la loi.

» Encore une fois, je crois que ces difficultés s'atténueront avec le temps et avec la pénétration de la loi dans les mœurs. »

Cet article est tout de même réconfortant, puisqu'il admet le désir de collaboration des praticiens, et c'est avec plaisir que nous pouvons envisager le jour prochain où le contrôle sera alerté par le médecin traitant lui-même, chaque fois que se présentera, chez un malade, une évolution probable vers l'invalidité.

Tout cela répond bien à l'idée que s'en faisait le Docteur Perret lorsqu'il écrivait, en 1933, dans une brochure intitulée *Les débuts de l'assurance-invalidité* :

« ... Les mesures de prévention retenues dans les premiers dossiers d'invalidité se sont heurtées quelquefois à l'incompréhension des assurés; cela n'a rien de décourageant; le malade a droit à quelque indulgence. Ses préjugés s'atténueront quand les organismes de l'assurance sociale auront affirmé et prouvé qu'elles sont moins des caisses autoritaires que des serviteurs bienveillants. Quand le praticien connaîtra mieux l'esprit de l'assurance-invalidité, c'est de lui que viendra l'initiative des mesures de prévention. Mais, aujourd'hui, le succès de la prévention dépend surtout de l'activité intelligente du contrôle médical des caisses. »

L'effort spontané des médecins traitants est à ce point prévu, que le Groupement rhodanien de l'Association des médecins conseils et contrôleurs a émis le vœu qu'un imprimé spécial réservé au praticien, et destiné à être joint au plus tard à la cinquième feuille de maladie (fin du deuxième mois) soit couramment utilisé.

L'emploi de cet imprimé, dont le but est de faciliter le dépistage précoce des invalidités sans, pour cela, demander au médecin traitant une grande perte de temps pour la rédaction d'un certificat est, certes, à recommander. Nous en donnons la reproduction :

FORMULE DE SIGNALEMENT DE L'INVALIDITÉ PROBABLE
PAR LE MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL

destiné à faciliter l'application des mesures
de prévention d'invalidité

(Circ. minist. du 1^{er} décembre 1932)

Je soussigné, docteur
donnant mes soins à M.....

A. S.

certifie que l'état de maladie de cet assuré
paraît { devoir se prolonger au-delà
ne paraît pas { de six mois
depuis la première constatation médicale
en date du

Fait à

Le.....

et remis à l'intéressé, sur sa demande, pour être transmis à sa
Caisse-maladie.

NOTE. — *Certificat destiné à être joint à la 5^e feuille de maladie de tout assuré réunissant les conditions d'âge et de versements antérieurs nécessaires pour bénéficier éventuellement de l'assurance-invalidité.*

Après avoir dit ce que nous pensions du rôle des différentes parties en présence en cas de prévention d'invalidité, nous voulons marquer que déjà une évolution se produit dans la manière de comprendre l'utilité de la prévention.

Actuellement, les questions de financement mettent un peu obstacle à des réalisations d'ensemble concernant la santé générale. Mais lorsqu'on saura où l'on va, il en sera en France comme il en a été à l'étranger, il se produira « un élargissement progressif du rôle que doivent jouer les caisses dans la lutte contre les fléaux morbides » (Godard).

Nous retrouverons d'ailleurs, dans notre chapitre sur la lutte antituberculeuse, l'occasion de parler à nouveau de la prévention qui joue, dans ce cas, un rôle plus important peut-être que partout ailleurs.

L'étranger bénéficiant d'une expérience plus longue que la nôtre s'en est bien rendu compte, et l'on peut voir, en Allemagne, par exemple, que l'assurance-invalidité englobe entièrement la prévention et le traitement des maladies longues, la tuberculose notamment.

Nous voulons, pour être complet, clore notre étude de la prévention de l'invalidité par la reproduction intégrale de la *fiche de renseignements* employée par la Caisse-maladie pour documenter la Caisse-invalidité. (Voir p. 43 à 48.)

Cette fiche comprend deux parties : la première est purement administrative ; seule, la seconde, qui est la partie remplie par le médecin contrôleur, est intéressante du point de vue médical. C'est sur la lecture de cette fiche que le médecin conseil donnera son avis pour déclencher ou non l'action de la Caisse-invalidité.

A présent que nous avons vu en quoi consistait la prévention de l'invalidité, et après avoir discuté dans le chapitre premier de la valeur des systèmes employés en assurance-invalidité pour l'attribution des pensions, il nous est possible de donner intégralement le fonctionnement du système actuellement en application à Bordeaux.

Le Professeur Maurice Rivière a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 20 juin 1933 un article dans lequel il expose tout au long la marche de l'organisation dont il est le plus ardent protagoniste.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire cette partie de sa publication :

« ... Le médecin contrôleur du risque maladie doit se mettre en rapport confraternel avec le médecin traitant :

» 1° Dès que, par examen des feuilles de maladie de quinzaine d'un assuré social ou par des indications du service de con-

trôle administratif de la caisse, il apprend que l'assuré est malade depuis deux mois;

» 2° Avant même ces deux mois écoulés, s'il s'agit d'un accident ou si l'étude des prescriptions médicales du médecin traitant semble indiquer déjà un état de santé susceptible de l'amener à l'invalidité.

» Pour que ces relations confraternelles s'établissent, le médecin contrôleur maladie peut envoyer à son confrère une lettre ou lui téléphoner, pour le prier de lui faire connaître, sous *le sceau du secret professionnel*, l'état exact de son malade; il joint à sa lettre, pour donner à son confrère toute garantie sur ce point, une enveloppe officielle, à en-tête assurances sociales, à son nom de médecin contrôleur de telle ou telle caisse primaire, à l'adresse du siège social de cette caisse et portant en exergue :

Franchise postale.

OBSERVATION MÉDICALE DE L'ASSURÉ N° ...

*destinée à Monsieur le Docteur..., médecin contrôleur
du risque maladie.*

CLOS PAR NÉCESSITÉ

CONFIDENTIEL.

» Le médecin traitant n'a plus qu'à rédiger, sous forme succincte, son observation médicale, à la mettre dans l'enveloppe et à jeter celle-ci à la poste, pour qu'elle arrive directement et toujours close au médecin contrôleur du risque maladie.

» La réception de cette observation permet au médecin contrôleur : ou de ne plus se préoccuper de cet assuré, que son médecin traitant déclare devoir être, malgré ses deux mois de maladie déjà écoulés, guéri sous peu ou, au contraire, condamné à une terminaison fatale très prochaine; ou d'informer celui-ci qu'il désire voir le malade, soit seul et à son heure, soit avec lui, si le malade en exprime la volonté, avec rendez-vous pris d'un commun accord.

» Cette entente confraternelle peut, dès ce moment, permettre aux deux médecins d'envisager une thérapeutique que ne pourrait proposer seul le médecin traitant, parce que au-dessus des ressources personnelles de l'intéressé, ces médications et cures spéciales pouvant, par contre, être prises en charge par les caisses-

CAISSE D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Département :

Désignation {
et {
Numéro {

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Département :

Désignation {
et {
Numéro {

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

concernant un assuré dont la maladie, en se prolongeant au-delà de deux mois, fait présager une invalidité future ou paraît exiger des soins spéciaux.

Nom :

--	--	--

(Numéro matricule)

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nationalité : Sexe : Catégorie :

Adresse :
.....

ORIGINE DE L'INVALIDITÉ :

Maladie : 1^{re} constatation médicale le

Accident : en date du

Maternité : accouchement le

Cotisations portées au compte de l'assuré pendant les huit trimestres civils précédant la maladie

DATE d'immatricu- lation	CATÉGORIE	TRIMESTRES envisagés	MONTANT DES VERSEMENTS		1/2 cotisations vieillesse	JOURNÉES de cotisations
			sur feuillets	sur cartes		
		trimestre	.....	.....	.....	.....
		trimestre	.....	.....	.....	.....
		trimestre	.....	.....	.....	.....
		trimestre	.....	.....	.....	.....
		trimestre	.....	.....	.....	.....
		trimestre	.....	.....	.....	.....
		trimestre	.....	.....	.....	.....
		Totaux...	.....	.....	.....	.....

AVIS DE LA CAISSE D'ASSURANCES-MALADIE POUR LE FINANCEMENT DE L'EFFORT DE PREVENTION

I

Rappeler la durée et le coût des traitements spéciaux envisagés par le médecin contrôleur, au titre de prévention ou de réduction de l'invalidité.

II

Quelle est la part de ces frais qui serait supportée par la Caisse-maladie (selon son tarif de responsabilité) :

1° soit au titre des prestations maladie jusqu'à l'expiration du délai de six mois ?

2° soit au titre soins aux invalides, après l'expiration du délai de six mois, si la pension est accordée ?

III

L'assuré est-il titulaire d'une pension :

Militaire ? Montant :

D'accident de travail ?

Montant :

Peut-il bénéficier de l'Assistance médicale gratuite ?

IV

En cas d'accident, y a-t-il un tiers responsable contre lequel la Caisse puisse exercer un recours en vertu de l'article 61 de la loi sur les assurances sociales ?

V

Quelle est la participation financière que la Caisse-maladie demande à la Caisse-invalidité de prendre en charge ?

A le
Le Directeur de la Caisse,

Nom.....

Matricule

--	--	--

AVIS DU MEDECIN CONTROLEUR

DE LA CAISSE D'ASSURANCE-MALADIE DE

Si le médecin contrôleur juge opportun de conserver un caractère confidentiel à ces renseignements médicaux, il pourra mettre cette feuille, ainsi que tous autres documents médicaux complémentaires, sous enveloppe cachetée à l'adresse du Médecin Contrôleur de la Caisse d'assurance-invalidité.

I. — ETAT DU MALADE

- 1° Nature de la maladie
- 2° Antécédents
- 3° Son évolution probable et son pronostic
- 4° Traitement actuel (à domicile, à l'hôpital, dans un établissement de cure)
- 5° Observations particulières concernant l'origine de la maladie en cours (1)

II. — PROBABILITES D'INVALIDITE

- 1° La maladie actuelle semble-t-elle devoir se prolonger au-delà de six mois ?
- 2° Y a-t-il, au terme de ce délai une probabilité d'incapacité de travail qui puisse être évaluée au moins aux deux tiers ?
- 3° A ce moment, l'incapacité sera-t-elle permanente ou temporaire, et, dans ce dernier cas, quelle sera la durée probable ?

(1) Si l'intéressé est titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou blessure de guerre (L. 31 mars 1919), ou pour accident du travail ou maladie professionnelle (L. 9 avril 1898), indiquer la nature de l'affection ou de la lésion qui a motivé l'attribution de la pension et, s'il y a lieu, sa relation avec la maladie en cours.

III. — MESURES A PRENDRE EN VUE DE PREVENIR L'INVALIDITE

- 1° Peut-on prévenir l'invalidité (amélioration durable ramenant l'incapacité de travail à moins de deux tiers au terme des six mois de maladie) par une cure ou par des soins spéciaux ?
- 2° Peut-on réduire la durée de l'invalidité (en ramenant l'incapacité de travail à moins de 50 p. 100) par une cure ou par des soins spéciaux ?
- 3° Quels sont les soins spéciaux à envisager ?
- 4° Comment les soins seront-ils donnés ?
- a) à domicile ?
- b) dans un établissement de cure ?
- c) un établissement déterminé est-il préconisé ?..
- 5° Quelle sera la durée approximative de ces soins ?
- 6° Quel sera leur coût approximatif ?
- 7° Indiquer si, pour le programme de soins envisagés, il y a accord avec le malade et le médecin traitant, et spécifier, en cas de divergences de vues, quelles en sont les raisons ?..

A le

*Le Médecin Contrôleur
de la Caisse d'assurance-maladie,*

Ce rapport sera soumis au médecin contrôleur de la Caisse d'invalidité qui sera appelé à formuler son avis.

5^e page

PROPOSITIONS DU DIRECTEUR
DE LA CAISSE D'ASSURANCE-INVALIDITE

6^e page.

PARTIE RESERVEE A LA CAISSE GENERALE DE GARANTIE

maladie et invalidité, leur application demeurant par ailleurs sous l'unique direction technique du médecin traitant, comme il advient du reste en clientèle normale, à la suite d'une consultation entre confrères auprès du malade du médecin traitant.

» Mais pour qu'alors les prescriptions ainsi arrêtées entre médecin traitant et médecin contrôleur reçoivent leur pleine explication, il importe auparavant que le médecin contrôleur maladie saisisse le médecin contrôleur invalidité et lui soumette ses propositions. Dans ce but, il établit *la fiche de renseignements* réglementaire prévue par la circulaire ministérielle du 15 mars 1933.

» Cette fiche, ainsi que l'observation médicale du médecin traitant, est placée par le médecin contrôle maladie, sous enveloppe close et confidentielle, et avec les mêmes réserves que pour l'envoi de l'observation du médecin traitant au médecin contrôleur maladie, à l'adresse du médecin contrôleur invalidité.

» Le médecin contrôleur invalidité se met alors d'accord avec ses deux confrères pour que soit donnée au traitement du malade la direction la plus capable de l'amener à la guérison, avant la date des six mois de forclusion, après lesquels peut être envisagée l'attribution d'une pension d'invalidité.

» Par contre, si, malgré les soins donnés au malade, tout paraît indiquer qu'il n'échappera pas à l'invalidité, au moins provisoire, à ce que l'on peut appeler par discrétion le prolongement de la maladie, il reste aux médecins intéressés à constituer *le dossier de demande de pension d'invalidité*.

» Si déjà le malade, depuis son deuxième mois de maladie, a été pris en charge par les services médicaux des caisses, il suffit au médecin traitant de remplir le certificat médical réglementaire.

» Dans ce but, pour que soit continué à respecter le secret médical, le médecin maladie adresse au médecin traitant, comme il l'a déjà fait pour avoir de lui, en toutes garanties, l'observation médicale de début, une enveloppe officielle portant en exergue, comme la première :

CERTIFICAT MÉDICAL DE L'ASSURÉ N°...

Franchise postale.

CLOS PAR NÉCESSITÉ

CONFIDENTIEL

et adressée au médecin contrôleur maladie.

» Celui-ci, comme précédemment, établira son rapport, basé évidemment sur ce certificat, mais surtout sur les fiches successives de maladie qu'il a pu constituer au cours de l'évolution de la maladie et l'enverra, sous la même forme, au médecin contrôleur invalidité qui pourra établir, dès ce moment, ses conclusions, après s'être entouré, s'il le juge bon, de toutes références utiles pour faire reposer sur des raisons sérieuses et impartiales des propositions qui peuvent avoir pour sanction l'avis favorable ou défavorable à l'attribution de la pension.

» Car c'est, en définitive, sur ce rapport du médecin contrôleur du risque invalidité que le Conseil d'administration de la Caisse-invalidité aura à prendre sa décision et à attribuer ou rejeter la demande de pension qui lui est soumise.

» A cette étape encore de la procédure, il importe que soit respecté le secret médical.

» Or, si ce médecin contrôleur invalidité a soin de faire reposer ses propres conclusions sur celles des médecins traitant et contrôleur maladie qu'il a eues sous les yeux, si, au besoin, il peut appuyer son opinion sur l'examen par lui du malade ou sur celui du médecin spécialiste appelé, sur son instigation, à donner un avis compétent sur le cas envisagé, si, enfin, le médecin contrôleur, assistant à la séance du Conseil d'administration et ayant devant lui tous les dossiers médicaux soumis à la décision du Conseil, peut répondre à toutes les observations ou demandes d'éclaircissements soulevées par les membres du Conseil, il semble bien que la décision pourra être prise par le Conseil avec la plus stricte équité.

» Du reste, l'article 41 du Règlement général d'administration publique a indiqué que l'assuré, aussi bien que la Caisse d'assurance-maladie, pouvait très bien contester, devant la *Commission technique*, purement médicale, prévue au paragraphe 3 de l'article 7 de la loi, la décision de la Caisse-invalidité et pouvait même faire appel devant la *Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales*, ce qui garantit, en toute impartialité, les droits légitimes de tous les intéressés. »

C'est ce nouvel organisme, dont nous voyons pour la troisième fois le nom : la *Commission technique*, que nous étudierons dans un prochain chapitre.

CHAPITRE III

PRATIQUE DE L'EVALUATION DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL BAREMES

Evaluation de l'incapacité de travail.

Que faut-il entendre par « incapacité de travail » ?

Le sens de ces termes n'est pas défini par la loi.

Avec raison, le législateur a rejeté les définitions qui lui étaient proposées. « Le rapporteur de la Commission d'hygiène du Sénat, M. Chauveau, a entendu laisser, à la jurisprudence à intervenir, le soin de fixer la portée de l'incapacité de travail, sans l'emprisonner dans une formule étroite. » (Docteur Perret.)

Mais s'il n'existe pas de délimitation stricte pour fixer l'invalidité, une condition fondamentale nous est du moins donnée (Circ. min., 1^{er} déc. 1932), c'est que l'incapacité ne doit pas faire entrer en jeu le point de vue professionnel; seule la capacité générale de travail doit être envisagée.

Ceci distingue, ainsi que le fait remarquer avec juste raison le docteur Perret, notre régime français d'avec les régimes étrangers :

« L'assurance-invalidité italienne, qui fonctionne depuis 1912, considère comme inapte au travail « tout assuré dont la capacité » de gain est réduite à moins d'un tiers par rapport au gain habituel et normal des travailleurs exerçant la même profession dans » la même localité. » Le métier de l'assuré est ici l'élément essentiel d'appréciation. En Allemagne, le caractère professionnel de l'incapacité de travail est moins net. On considère comme invalide « l'assuré qui n'est plus en état de gagner, par l'activité corres-

» pondant à ses forces et possibilités et tenant le mieux compte
» de sa formation et de son ancienne profession, un tiers du
» salaire, que des personnes de même condition avec une forma-
» tion semblable, saines de corps et d'esprit, gagnent normale-
» ment, dans la même région, par leur travail. »

Ceci dit, il reste bien évident que la pratique de l'évaluation de l'incapacité de travail est fort délicate. Un facteur personnel entre, en effet, en jeu de la part du médecin.

Fort heureusement, la procédure pour l'établissement d'un dossier d'invalidité est assez longue, et l'examen de l'assuré est, somme toute, suffisamment rigoureux pour que l'on n'ait pas à craindre un trop grand nombre d'injustices.

En effet, c'est tout d'abord au médecin traitant qu'incombe la tâche de faire le premier examen et de donner à son client un certificat dans lequel il note le degré d'invalidité de celui-ci en même temps qu'il donne quelques indications succinctes mais suffisantes pour documenter le médecin contrôleur maladie.

Puis ce certificat part, avec le dossier, pour le contrôle de la Caisse-maladie. Le médecin de celle-ci fait subir à l'assuré un nouvel examen, après quoi il rédige lui-même une observation détaillée et envoie ensuite le dossier à la Caisse-invalidité. Le médecin conseil invalidité doit juger « sur pièces ». Dans la grande majorité des cas, cela lui sera possible par suite de la netteté du tableau tracé par les deux précédents médecins. Parfois pourtant, il pourra se trouver devant un cas litigieux, et alors il demandera une nouvelle expertise ou convoquera lui-même, si possible, l'assuré.

Avant d'envisager la question des expertises, nous voulons montrer tout l'intérêt qui existe dans une telle répartition d'examens médicaux.

Les points de vue du médecin traitant et du médecin contrôleur ne sont pas strictement identiques : c'est un travail purement médical auquel se livre le médecin traitant, qui est le mieux placé pour évaluer une incapacité de travail, puisque connaissant le mieux son malade. Le médecin

contrôleur de la Caisse-maladie, lui, doit donner une interprétation médico-légale de l'observation du malade, puisqu'il doit la placer dans le cadre de la loi et juger de l'incapacité de travail d'après les barèmes en usage.

Nous voyons donc qu'il ne s'agit pas ici d'un contrôle des conclusions du médecin traitant, mais bien d'un supplément de documentation et surtout d'interprétation que seul un médecin au courant des moindres détails du mécanisme de la loi peut utilement entreprendre.

Nous avons dit plus haut, qu'en cas de difficultés dans l'appréciation de l'invalidité, le médecin conseil invalidité pouvait demander une expertise supplémentaire. Ceci soulève un petit problème médical que nous allons envisager.

Les expertises d'invalidité et les syndicats médicaux.

L'expertise demandée par la Caisse-invalidité va être pratiquée par un médecin désigné par celle-ci. A ce propos, les syndicats médicaux se sont émus et ont décidé d'intervenir de la façon suivante, exposée par le Docteur Hilaire dans le *Médecin de France* d'avril 1933 :

« Chaque syndicat départemental, ou fédération, pourrait établir une liste des médecins qualifiés pour cette tâche, omnipraticiens et spécialistes. Les experts omnipraticiens, susceptibles d'examiner des malades intransportables, devraient-ils être sans doute désignés par arrondissement, plus ou moins nombreux suivant la densité des assurés. Les experts spécialistes (de chaque spécialité) qui feront le plus souvent les examens à leur cabinet seraient désignés par département ou par arrondissement, selon l'importance des agglomérations.

» Ces listes d'experts seraient remises par le Syndicat à l'Union des caisses du département ou à la Caisse interdépartementale de réassurance, qui compte dans son conseil des représentants des syndicats. Ces organismes se chargeraient de transmettre des listes d'experts aux caisses-invalidité, et c'est sur les listes que les caisses-invalidité, dans chaque cas particulier, choisiraient leur expert.

» En cas de désaccord entre l'assuré et la Caisse-invalidité, l'invalidité sera appréciée par la Commission technique, composée dans ce cas du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse-invalidité, et d'un troisième médecin désigné par le président du tribunal civil. Il y a possibilité d'appel devant la Section permanente du Conseil supérieur, où vraisemblablement les affaires seront jugées sur pièces. »

Il est difficile de supprimer aux caisses le droit de choisir leurs experts privés. Mais, en général, l'accord est suffisant entre les syndicats et les caisses pour que ne surviennent pas, à ce propos, des discussions oiseuses trop souvent répétées. D'autre part, il faut remarquer, avec le Docteur Hilaire, qu'en cas de désaccord entre la Caisse-invalidité et l'assuré, les droits de celui-ci sont sauvegardés puisqu'il peut encore faire intervenir la Commission technique de la manière que nous verrons dans le prochain chapitre.

Les syndicats, intervenant d'autre part à propos du tarif des expertises, ont fixé celui-ci à :

50 francs pour le médecin contrôleur de la Caisse-maladie (dans le seul cas évidemment, où le contrôle se fait à la vacation),

et 150 francs pour les experts désignés par la Caisse-invalidité (ce chiffre représentant le tarif moyen des expertises d'accidents du travail).

Les barèmes. Leur valeur.

Jusqu'au 5 août 1933, date à laquelle un barème spécialement conçu pour les assurances sociales fut publié, les experts étaient invités à se référer à un barème des invalides de guerre du 31 mars 1919. Il faut, avant d'envisager la valeur relative de ces barèmes, comprendre que, du fait que la loi n'a pas défini l'incapacité de travail, la simplification apportée par un barème à l'évaluation de cette incapacité ne peut être très réelle.

Nous publions, d'autre part, ce barème du 5 août 1933 actuellement en usage, mais sans nous extasier sur sa valeur. Nous partageons à ce point de vue l'avis du Docteur Perret, qui écrivait dans le *Médecin Conseil* de décembre 1933 :

« Le barème du 5 août 1933 est loin de présenter le même intérêt (que le barème militaire); nous relevons, par exemple, au hasard, dans la liste des maladies entraînant une incapacité de travail d'au moins les deux tiers : myopathies; ulcères du tube digestif, quel qu'en soit le siège; hémophilie. Il y a, dans ces maladies, tous les degrés. Ces termes ne sont qu'une étiquette. L'incapacité de travail, quelle que soit la conception que l'on ait de ce terme, dépend essentiellement de la gravité de la maladie, de son caractère évolutif, et non de son étiquette. »

Un travail, d'ailleurs, fait autorité en la matière : il s'agit de l'article du Professeur agrégé *Muller*, de Lille, sur *Les évaluations des invalidités (droit commun, accidents du travail, maladies professionnelles, pensions, assurances sociales)*, article du *Paris médical* du 18 novembre 1933.

Dans cette étude, l'auteur, après avoir passé en revue les difficultés des évaluations et énuméré les facteurs les rendant plus difficiles encore : âge, profession, réactions individuelles, préexistence d'invalidité..., en arrive à la question des barèmes.

Il note les différences d'évaluation du taux d'invalidité suivant les barèmes employés. Nous reproduisons un des exemples donnés : la perte du pouce droit est évaluée à 30 p. 100 en accident du travail, à 15 p. 100 en assurance individuelle, à 60 p. 100 en matière de pension militaire, à 27 p. 100 en assurance sociale...

Ceci provient évidemment de l'esprit de la loi envisagée dans chaque cas. Expliquons-nous :

— la pension militaire indemnise l'incapacité fonctionnelle, le dommage esthétique et un certain degré de *pretium doloris*;

— la loi des accidents du travail est basée sur la théorie du risque professionnel; seul le dommage professionnel est indemnisé;

— la loi des maladies professionnelles est calquée sur la précédente;

— la loi des assurances sociales, enfin, vise l'incapacité générale de travail. Son barème (5 août 1933) comprend deux parties : la première contient toutes les affections donnant au moins 66 p. 100 d'invalidité, la seconde contient les maladies ou infirmités à taux variable. Ce barème est imposé aux médecins. Il est critiquable. « Il risque, en donnant pour certaines mutilations des chiffres différents de ceux de la jurisprudence, soit en matière d'accidents du travail, soit en matière de pensions militaires, d'amener des réclamations et d'augmenter les difficultés d'application de ces lois.

» Sans doute sera-t-il revu et complété ? »

Tel est, en résumé, l'esprit dans lequel est conçu l'article si intéressant du Professeur agrégé Muller.

Nous sommes donc bien dans l'obligation d'en rester à une interprétation de l'incapacité de travail basée sur l'expérience, le bon sens et la logique.

Nous tenons toutefois à bien prouver, par l'exemple, que tous les cas ne peuvent ressortir dans un barème, mais que tout de même celui-ci offre suffisamment de ressources pour pouvoir y comprendre à peu près toutes les affections sous une étiquette ou sous une autre.

Dans la partie du barème réservée au *tube digestif*, nous relevons : « Les ulcères du tube digestif quel qu'en soit le siège. »

Tous les praticiens savent que s'il y a des cas très nets, tant à l'examen clinique qu'à l'examen radiographique, il s'en trouve d'autres dans lesquels il est pour ainsi dire impossible d'affirmer la présence d'un ulcère. Alors va-t-on refuser sa pension au pauvre assuré qui se trouve dans un tel cas ? Si son médecin sait le défendre, il n'a pas cela à craindre, car, devant la Commission technique, celui-ci

fera ressortir que son client entre parfaitement dans le cas prévu plus loin par le même barème : « Les dyspepsies avec amaigrissement progressif, quelle qu'en soit la cause. »

Tenons-nous-en un moment à ce cas des dyspepsies. N'y a-t-il pas là, plus que partout ailleurs, une question de degré ? N'est-il pas arrivé à chacun, au moment d'une période de gros travail, de fatigue intellectuelle, de faire un tel syndrome dyspeptique... avec amaigrissement progressif ? Et cela signifie-t-il donc que nous ayons perdu les deux tiers de notre capacité de travail ?

Nous pourrions citer ainsi de nombreux exemples de l'insuffisance du barème du 5 août 1933. Nous nous en tiendrons là.

Enfin, le dernier reproche que l'on puisse faire à ce barème qui n'a pu contenter que les partisans du moindre effort, c'est le fait que sa sécheresse d'énumération ne cadre pas du tout avec la souplesse nécessaire aux évaluations rationnelles des incapacités de travail.

Certes, le barème militaire de 1919 dépassait largement les cas à envisager par la loi des assurances sociales, mais l'on y trouvait du moins des directives intéressantes tant pour l'examen des malades que pour les méthodes d'évaluation des invalidités. On n'a donc pas fait mieux quatorze ans plus tard.

Le Docteur Perret, dans le *Médecin conseil* de décembre 1933, terminait l'exposé de ses idées sur la *Référence aux barèmes* par ces lignes :

« ... Il ne s'agit pas de discuter des pathogénies lointaines mais d'apprécier une situation de fait. L'origine d'une atrophie musculaire intéresse moins la Caisse-invalidité que la mesure de cette atrophie. En face d'une lésion cardiaque, on s'attachera surtout à étudier dans quelle mesure elle est compensée. Des rapports médicaux solidement motivés permettront non seulement de prendre une décision équitable, mais encore, par leur accumulation et leur classement, d'établir des règles générales d'appréciation d'incapacité de travail en matière d'invalidité. Ainsi

se créera une technique que des décisions de jurisprudence viendront consacrer ultérieurement. La délimitation de l'incapacité de travail se fera par la pratique, parce qu'elle est impossible en théorie. »

Quelles sont, en pratique, les indications que retiendra le médecin pour rendre son jugement : incapacité de travail ?

Nous cédonc ici la place au Docteur Robert Hift qui, dans le *Compte rendu annuel de l'activité de la Caisse d'assurances sociales de Vienne* (« *Arbeiter-krankenversicherungskasse* »), a résumé sa longue expérience de la pratique de l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre des assurances sociales autrichiennes.

« 1° Naturellement, on reconnaîtra tous les malades au lit ou les notoirement invalides, ou les incurables, qui ont pourtant encore besoin de soins; ceux-ci pourtant, si la continuation du travail ne doit pas leur nuire, ne seront reconnus que s'ils le désirent

» 2° Tous les assurés atteints de maladies certaines aux symptômes évidents, pour qui l'on a la certitude que seul l'abandon du travail peut arrêter le cours de la maladie et amener un rapide rétablissement, maladies aiguës et maladies chroniques, celles-ci, toutefois, jusqu'au moment où les chances de guérison paraissent tout à fait exclues et où le maintien de l'indisponibilité ne peut amener ni amélioration ni danger. Dans la mesure où les forces du malade lui permettent encore de reprendre son ancienne activité, on peut lui laisser reprendre le travail.

» 3° On reconnaîtra encore des malades dont les maux ne justifient pas généralement une interruption d'activité, mais pour lesquels on peut craindre qu'un travail déterminé n'entraîne une aggravation, certaines maladies des yeux ou de la peau, catarrhes, refroidissements, pour les travailleurs occupés à l'air libre ou dans les poussières.

» Voici encore d'autres indications :

» 4° Maladies qui ne risquent pas de s'aggraver du fait de la profession, mais dont les particularités peuvent rendre le malade dangereux, désagréable, rebutant (maladies de peau chez les tra-

vailleurs de l'alimentation, gens de maison ou coiffeurs, graves troubles nerveux chez les chauffeurs, épilepsie chez les travailleurs de machines, vertiges des couvreurs, etc.).

» 5° Toutes les maladies confirmées ou soupçonnées pour lesquelles un examen de longue durée est nécessaire, examen qui, par sa durée, éloignera pour un temps le malade de ses occupations professionnelles, même si l'état lui-même de l'assuré n'avait pas entraîné d'incapacité de travail.

» La même attitude s'impose dans le cas suivant :

» 6° Certains traitements qui sont trop fatigants ou trop longs pour pouvoir être appliqués en dehors des heures de travail (maliariathérapie, bains, surtout pour les ressortissants en dehors de la province). Dans la même catégorie, il faut classer les malades qui doivent attendre l'achèvement d'un appareil de prothèse, enfin ceux qui prennent habituellement leurs repas au restaurant et à qui une diète sévère doit être prescrite.

» Pour beaucoup de malades de ce dernier groupe, dans la mesure où il s'agit de désordres durables, il se pose des problèmes qui ne peuvent être résolus que dans le cadre de l'assurance-maladie, puisque se pose, entre autres problèmes, celui de l'adaptation professionnelle. A cette époque où le marché de la main-d'œuvre était plus ouvert et où l'on pouvait plus aisément conseiller des changements de profession non seulement pour les manœuvres, mais même pour les ouvriers qualifiés, la solution du problème était plus facile, elle était seulement limitée par les cas où, par suite de l'âge, ou de toute autre raison péremptoire, une rééducation n'était plus possible.

» 7° Souvent, les égards que l'on doit avoir pour l'entourage du malade imposent l'hospitalisation, par exemple, pour les maladies répugnantes, pour les porteurs de germes typhiques ou de dysenterie, la tuberculose ouverte, etc.

L'admission de l'état à l'incapacité de travail s'impose également lorsque :

» 8° Des signes nets de fatigue, de légers empoisonnements (plomb), des troubles nerveux, imposeraient l'admission, qui, pour différentes raisons (immatriculation trop récente, danger de contaminer ou d'importuner les autres hôtes de la maison de repos), ne peut avoir lieu.

» Toutes ces indications sont purement relatives; elles ne pourront devenir impératives pour le praticien que si des considérations sociales lui imposent de les appliquer. »

Nous retrouvons encore, dans ces dernières lignes, l'expression de la relativité des diverses indications à l'invalidité. Nous pouvons voir par là même qu'à l'étranger, comme en France, on ne tend pas à enfermer l'évaluation de l'incapacité de travail dans des règles d'autant plus inexactes qu'elles sont rigides.

Il nous reste à envisager, pour terminer ce chapitre, quelques cas qui se retrouvent couramment dans la pratique.

Quelques questions relatives à l'évaluation du degré d'invalidité.

1° On constate une invalidité : est-elle la conséquence d'une maladie ou n'est-elle pas consécutive, en partie ou en tout, à un accident du travail, à une maladie professionnelle ou à une blessure de guerre ?

Ces faits sont effectivement visés par le paragraphe 2 de l'article 60 :

« Le titulaire d'une rente allouée en vertu de ladite législation (L. 9 avril 1898), dont l'état d'invalidité subira une aggravation imputable à une autre cause que celle qui donne droit à la rente, peut réclamer le bénéfice de l'assurance-invalidité si le degré total d'incapacité atteint au moins 66 p. 100, et si la rente-accident est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu des articles 10, 11 et 12 de la présente loi. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension, calculée comme il est dit à l'article 10, et la rente-accident. »

Et, pour les pensionnés de guerre, la loi prévoit, dans l'article 51, §§ 2 et 3 :

« En cas d'aggravation de l'état d'invalidité à la suite de maladie ou d'accident, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à pension

d'assurance. Si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 p. 100 et si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu des articles 10, 11 et 12 de la présente loi, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à l'article 10 et la pension militaire. »

Cela soulèvera parfois des différends entre l'assuré et les caisses. Ils seront du ressort de la Commission technique, ainsi que nous le verrons bientôt.

2° A la fin des six mois de maladie, on ne peut attribuer à un assuré une incapacité des deux tiers, bien que celui-ci ne soit pas encore guéri.

Conduite à tenir.

Il est répondu à cette question dans le *Médecin conseil* de mars 1934 :

« Au terme des six mois de maladie, bien des assurés sont encore incapables d'un certain travail rémunérateur, qui ne permet pas de considérer leur incapacité de travail comme réduite des deux tiers, ni de les regarder comme des invalides au sens strict de la loi; mais ils ont encore besoin de soins, et ces soins sont indispensables pour éviter une aggravation de leur état, qui en ferait plus tard des invalides.

» Les prestations de l'assurance-maladie cessent de toute façon au bout de six mois. Si l'assuré recommence à travailler tant bien que mal tout en se soignant, et à cotiser, il n'est pas guéri au regard des assurances sociales, et si, plus tard, même après un intervalle de deux mois, il demande de nouvelles prestations, le contrôle médical de la Caisse-maladie est obligé de conclure qu'il s'agit toujours de la même maladie, et les prestations sont refusées.

» Si ce malade, sans le secours des caisses d'assurances sociales, trouve par ailleurs le moyen de bien se soigner et s'améliore au point de réaliser ce que les assurances sociales appellent une guérison apparente, le mal n'est pas grand, parce que, en cas de rechute, on pourra considérer alors qu'il y a nouvelle maladie, et les prestations, maladie d'abord et invalidité ensuite, pourront éventuellement lui être attribuées.

» Mais si l'amélioration ne se produit pas, si l'on n'arrive pas

à une guérison apparente au regard des assurances sociales, l'assuré ne peut compter sur aucune prestation maladie.

» Aucune disposition réglementaire ne permet de continuer des soins au-delà des six mois de maladie, au titre soins aux invalides ou au titre prévention de l'invalidité, si les conditions administratives d'immatriculation ou de cotisation exigées pour avoir droit à l'assurance-invalidité ne sont pas réalisées à la date de la première constatation médicale de la maladie. La loi est formelle et, dans son état actuel, nous ne pouvons donc pas nous arrêter à ces cas. Nous chercherons donc une solution, seulement vis-à-vis des assurés qui se trouvent dans les conditions administratives nécessaires pour bénéficier de l'invalidité, mais n'ont pas les deux tiers d'incapacité de travail au terme des six mois de maladie, sans cependant être guéris.

» Peut-il, au moins, espérer une aide de l'assurance-invalidité, en cas d'aggravation ?

» Il y a donc deux problèmes qui se posent pour cette catégorie d'assurés :

» 1° Leur donner les moyens de se soigner pour éviter, si possible, l'invalidité future;

» 2° Leur laisser un recours pour bénéficier de l'assurance-invalidité si, plus tard, cette incapacité de travail atteint les deux tiers, comme il était à craindre. »

Nous reproduisons, à ce sujet, la réponse du ministre du Travail à une question écrite de M. Meck, réponse parue dans le *Journal officiel* du 16 décembre 1933.

« *Réponse.* — Aux termes de l'article 10 de la loi sur les assurances sociales, l'assuré ne peut prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité qu'autant qu'il reste atteint, « à l'expiration du » délai de six mois prévu à l'article 4, ou en cas d'accident du » travail, après consolidation de la blessure », d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une affection ou d'une infirmité à évolution lente n'ayant pas atteint son développement maximum dans le délai susvisé, il paraît conforme à la pensée du législateur qu'elle donne lieu au bénéfice de l'assurance-invalidité à partir du moment où elle réduit la capacité de travail de l'intéressé des deux tiers. Les organismes de l'assurance-invalidité

peuvent d'ailleurs avoir intérêt, dans ce cas, à prendre à leur charge, à l'expiration dudit délai, les soins susceptibles d'éviter que l'invalidité ne s'accroisse. En tout état de cause, s'il y a eu interruption de l'affection, le malade ayant été considéré comme guéri, ce sont les règles relatives au cas de rechute qui sont applicables. »

La Caisse générale de garantie avait d'ailleurs, dans une note du 5 septembre 1933, envisagé une solution partielle à ce problème. Compte tenu de cette note et de la réponse du ministre, voici la solution envisagée par le *Médecin conseil* de mars 1934 :

« La méthode à suivre est donc la suivante : au terme des six mois de maladie, même si l'incapacité de travail paraît à ce jour inférieure à 66 p. 100, mais qu'il y a des risques d'aggravations, l'assuré fait sa demande de pension d'invalidité. La Caisse-maladie et la Caisse-invalidité se mettent d'accord pour surseoir à toute décision et pour continuer à l'assuré les prestations en nature qui lui permettent de se soigner, et ce au titre des soins « aux invalides » pendant la période d'instruction de la pension, conformément à la circulaire du 1^{er} décembre 1932.

» Peut-on appliquer pendant cette période les mesures de prévention prévues à l'article 37 du Règlement d'administration publique. La circulaire ministérielle du 1^{er} décembre 1932 spécifie que « les dispositions de la présente circulaire prévues pour la » prévention de l'invalidité pendant les six premiers mois de la » maladie devront être appliquées pendant les cinq premières » années de l'invalidité ». Peuvent-elles également s'appliquer pendant cette période intermédiaire entre les six mois de maladie et la reconnaissance de l'état d'invalidité ? Les textes ne le précisent pas. Cependant, c'est la seule solution rationnelle, conforme à l'esprit de la loi et que semble adopter, d'ailleurs, la note de la Caisse générale de garantie du 5 septembre 1933.

» Nous avons donc ainsi des éléments qui permettent de donner les moyens de se soigner après le terme des six mois de maladie aux assurés pour lesquels l'invalidité est à prévoir à brève échéance. Pendant combien de temps cette période d'attente pourra-t-elle continuer ? La note du 5 septembre 1933 ne donne

pas d'indications précises de durée même maximum; mais, d'après ses termes, nous croyons pouvoir conclure que cette période s'étendra jusqu'au moment où tout risque d'invalidité sera écarté, ou bien jusqu'au moment où l'aggravation sera assez nette pour que l'incapacité de travail atteigne les deux tiers.

» Dans la première hypothèse, l'intervention de la Caisse-maladie et de la Caisse-invalidité cesse lorsque le malade est considéré comme guéri au regard des assurances sociales, et qu'il n'a plus besoin de soins. En cas de rechute ultérieure, on pourra considérer qu'il y a nouvelle maladie, et les prestations maladie pourront être données pour une nouvelle période de six mois. Dans la deuxième hypothèse (période d'attente se terminant par l'aggravation de l'incapacité de travail jusqu'aux deux tiers), il faut liquider la pension. Mais alors une nouvelle question se pose : à partir de quelle date faut-il considérer l'assuré comme invalide ?

» Dans les cas ordinaires d'invalidité, la pension est versée à partir du premier jour du mois suivant l'expiration des six mois de maladie. Mais, dans ce cas particulier de maladie où l'on a attendu pour prendre une décision et où l'invalidité n'était pas constituée au terme des six mois de maladie, la situation n'est plus la même, surtout si, en se soignant, l'assuré a pu travailler. Il semblerait, en effet, illogique que la pension vienne se cumuler avec un salaire normal.

» La note indique qu'il y a lieu à l'octroi de la pension d'invalidité à « l'expiration de la période d'attente » et non pas au terme des six mois de maladie. La réponse ministérielle n° 6248, parue au *Journal officiel* du 16 décembre 1933, spécifie que le bénéfice de l'assurance-invalidité sera dû dans le cas présent « à » partir du moment où la capacité de travail de l'intéressé sera » réduite des deux tiers ». Il appartient donc au contrôle médical de la Caisse-maladie et de la Caisse-invalidité, une fois cette période d'attente terminée, de compléter les rapports médicaux joints à la demande de pension d'invalidité par un nouvel avis précisant la date à laquelle l'incapacité de travail a atteint les deux tiers. »

Nous ne pouvons qu'approuver l'esprit de bon sens avec lequel cette question est résolue.

3° On supprime à un invalide sa pension, parce qu'on estime que son incapacité de travail n'atteint pas 50 p. 100. Or, cet invalide n'est pas guéri; il fait peu après une rechute ou une nouvelle maladie. Peut-il bénéficier, dans ce cas, de nouvelles prestations maladie ou invalidité ?

Nous nous trouvons là devant une question que nous discuterons à propos de l'« avenir des invalides ».

Quoi qu'il en soit, nous pouvons constater que, la loi n'étant pas parfaite, ceux qui l'appliquent sont chaque jour dans l'obligation de subvenir par leurs propres moyens aux difficultés d'interprétation d'un grand nombre de cas. Nous devons convenir que la tâche des médecins n'est pas toujours aisée et admirer leur courage réel lorsqu'ils prennent des responsabilités morales dont ils sentent fort bien tout le poids.

Barèmes provisoirement applicables à l'estimation du degré d'invalidité des assurés sociaux.

La loi de 1930 s'exprime ainsi, au sujet de l'appréciation de l'invalidité (art. 10, § 2) :

2. — Jusqu'à l'établissement d'un nouveau barème, le degré d'invalidité est estimé provisoirement d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions, complété ou modifié, par arrêté du ministre du Travail, après avis de la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

Le ministre du Travail, après avoir hésité entre diverses solutions (barème d'invalidité des ouvriers mineurs, barème d'invalidité en usage dans les caisses d'Alsace-Lorraine), a préféré établir un barème spécial. Toutefois, pour les cas non portés sur le barème, on se reportera à celui de la loi des pensions.

Il n'est pas inutile de souligner que ce barème doit servir uniquement à apprécier si une invalidité atteint ou n'atteint pas 66 p. 100. Car, dans la loi des assurances sociales, l'invalidité inférieure à 66 p. 100 n'est pas indemnisée, et celle supérieure à 66 p. 100 est indemnisée au même taux que l'invalidité de 66 p. 100.

Arrêté du 5 août 1933
déterminant les barèmes provisoires applicables à l'estimation
du degré d'invalidité des assurés sociaux.

(J. O., Lois et Décrets, 12 août 1933, p. 8746.)

Le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale,
Vu l'article 10 de la loi sur les assurances sociales: La Section
permanente du Conseil supérieur des assurances sociales entendue,

Arrête :

ARTICLE PREMIER.

Pour l'application de l'article 10 de la loi sur les assurances sociales, le degré d'invalidité est estimé provisoirement d'après le barème annexé au présent arrêté.

ARTICLE 2.

Le degré d'invalidité résultant des infirmités et affections, non visées par le barème prévu à l'article 1^{er} ci-dessus, est estimé provisoirement d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919.

ARTICLE 3.

A défaut d'indications contenues dans le barème prévu à l'article 1^{er} ci-dessus, le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 est provisoirement applicable à l'estimation du degré d'invalidité effectuée en exécution de l'article 12, §§ 5 et 6, de l'article 60, § 2, de la loi sur les assurances sociales.

ARTICLE 4.

Le directeur général des assurances sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 5 août 1933.

FRANÇOIS-ALBERT.

QUINIOU.

Barème des maladies ou lésions entraînant une incapacité de travail égale au moins aux deux tiers.

SYSTÈME NERVEUX.

Paralysie générale.

Tumeurs encéphaliques avec hypertension crânienne et stase papillaire.

Aphasie avec hémiplégie permanente.

Aphasie isolée avec gros troubles du langage intérieur.

Tabes avec ataxie.

Tabes avec arthropathies des membres inférieurs.

Maladie de Parkinson sénile ou postencéphalitique.

Myopathies.

Myasténie pseudo-paralytique.

Syndrome cérébelleux avec troubles graves de l'équilibre.

Maladie de Thomson.

Paralysie pseudo-bulbaire.

Paralysie labio-glosso-laryngée.

Hémiplégie totale.

Monoplégie complète d'origine centrale du membre supérieur droit.

Paraplégie complète d'origine cérébrale ou médullaire.

Chorée chronique.

Aliénation mentale justifiant l'internement.

Epilepsie avec crises comitiales fréquentes.

Ramollissement cérébral.

Goitre exophtalmique à forme grave avec cachexie ou troubles cardiaques.

Paralysie d'un nerf périphérique avec causalgie grave.

APPAREIL DIGESTIF.

Les cancers du tube digestif quel qu'en soit le siège.

Les sténoses du tube digestif quel qu'en soit le siège.

Les ulcères du tube digestif quel qu'en soit le siège.

Les dyspepsies avec amaigrissement progressif, quelle qu'en soit la cause.

Les diarrhées chroniques graves.

La tuberculose intestinale.

La péritonite tuberculeuse.

Le cancer du péritoine.

TÊTE.

- Epilepsie traumatique (épilepsie jaksonienne) 50 à 80 p. 100.
Epilepsie essentielle, 10 à 80 p. 100.
Paralysies corticales.
Monoplégie du bras droit complète, 70 p. 100.
Paraplégie complète par lésion du lobule paracentral, 80 p. 100.
D'une façon générale, monoplégie définitive d'un membre avec contracture rendant l'emploi du membre inutilisable, 66 p. 100.
Paralysie générale, depuis x p. 100 jusqu'à 100.
Hémiplégie complète sans contracture, 80 p. 100.
Hémiplégie complète, avec contracture, 80 p. 100.
Hémiplégie incomplète, mais très marquée, 70 p. 100.
Aphasie isolée, très marquée, 66 p. 100 au maximum.
Aphasie complète ou très marquée avec hémiplégie, 100 p. 100.
Psychoses graves, entraînant l'internement ou, tout au moins, une surveillance constante, 80 à 100 p. 100.
Etats démentiels chroniques avec ou sans rémission depuis x à 100 p. 100.
Perte des deux maxillaires supérieurs si elle n'est pas corrigible par la prothèse, 80 p. 100.
Perte d'un maxillaire supérieur et inférieur du même côté, 80 p. 100.
Perte de la totalité du maxillaire inférieur, 80 p. 100.
Perte d'une partie seulement du maxillaire inférieur, quelle que soit cette partie, mais avec impossibilité de prothèse, ce qui rend toute articulation dentaire impossible, 66 à 80 p. 100.
Pertes de substances larges de la route et du voile, non opérables et non ou imparfaitement améliorés par la prothèse, avec troubles permanents de la phonation et de la déglutination, 66 p. 100 et plus.

MEMBRES.

I. — *Membres supérieurs.*

- Perte totale de la fonction des deux membres supérieurs par amputation, paralysie radiculaire bilatérale complète, ankyloses généralisées.
Perte totale de la fonction d'un membre supérieur, droit ou gau-

che, par désarticulation interscapulo-thoracique ou amputation sous la tête humérale, ou par paralysie radiculaire totale ou par monoplégie centrale.

Perte totale de l'usage de la main droite chez un droitier, gauche chez un gaucher, par amputation au niveau de l'humérus, de l'avant-bras, du poignet, par ankylose totale des articulations des doigts. Perte totale de l'usage de la main gauche chez un droitier, droite chez un gaucher, quand il s'y joint la perte du pouce ou de l'index opposé.

Perte de l'usage des deux pouces et d'un autre doigt par amputation ou ankyloses complètes.

Perte de l'usage d'un certain nombre de doigts, la totalisation arrivant à plus de 66 p. 100 en suivant le barème suivant :

	<i>Droit</i>	<i>Gauche</i>
	—	—
Pouce	27	22
Index	15	12
Médius	9	7
Annulaire	8	6
Auriculaire	7	5

II. — *Membres inférieurs.*

Pas de distinction du côté droit ou gauche.

Paraplégie totale centrale, paralysie totale des nerfs périphériques, entraînant une impossibilité absolue de la marche.

Perte de la fonction d'une jambe par désarticulation au niveau du genou ou par amputation du fémur, désarticulation coxo-fémorale.

Luxation de la hanche irréductible.

Ankylose de la hanche en mauvaise position.

Ankylose des deux hanches, même en rectitude.

Amputation des deux pieds, même lorsque les amputations portent au niveau du tarse.

III. — *Combinaisons de lésions du membre supérieur et du membre inférieur.*

Perte de la fonction d'un membre supérieur et d'un membre inférieur, quelle que soit la combinaison.

Ankylose simultanée de la presque totalité des articulations des membres par rhumatisme chronique.

Perte d'un pied et d'un pouce.

REINS.

Néphrite chronique avec œdèmes irréductibles et accentués.

Néphrite chronique avec insuffisance cardiaque accentuée.

Néphrite chronique avec azotémie permanente.

Cancer du rein.

Tuberculose rénale confirmée.

Dégénérescence amyloïde du rein.

Lithiase rénale compliquée (avec infection ou hématuries répétées).

Pyélonéphrite suppurée chronique.

Maladie d'Addison.

VESSIE.

Cancer de la vessie.

Rétention d'urine permanente.

Lithiase vésicale compliquée (avec infection ou hématuries répétées).

ORGANES GÉNITAUX.

Cancer de la prostate.

Hypertrophie de la prostate avec infection urinaire grave.

FOIE.

Hépatites chroniques et cirrhoses avec ictère, gros œdème ou hémorragies.

Cancer du foie.

Abcès du foie et hépatites amibiennes.

Ictère chronique par cancer ou calcul du cholédoque.

Infections chroniques graves des voies biliaires.

PANCRÉAS.

Cancer du pancréas.

Pancréatites chroniques.

Diabète avec dénutrition ou acidose permanente.

RATE.

Splénomégalies avec leucémie ou anémie grave.

SANG.

Anémies graves et prolongées.

Leucémies.

Lymphogranulomatose.

Hémophilie.

APPAREIL RESPIRATOIRE.

Cancer du larynx.

Asthme bronchique grave, incurable, déterminant un emphysème permanent, avec oppression continue.

Bronchiectasie incurable, avec fétidité de l'expectoration.

Abcès du poumon.

Gangrène pulmonaire.

Actinomyose pulmonaire.

Kyste hydatique du poumon.

Emphysème permanent avec diminution de la capacité vitale au-dessous de 40 p. 100, oppression continue et insuffisance cardiaque.

Pneumokonioses ayant déterminé les mêmes troubles fonctionnels.

Tuberculose pulmonaire.

Cancers du poumon et des bronches.

Pleurésies chroniques avec épanchements séreux, hémorragique ou chyliforme.

Empyèmes chroniques.

Lymphogranulomatose médiastinale.

Goîtres plongeants et tumeurs du médiastin.

APPAREIL CIRCULATOIRE.

Anévrisme de l'aorte.

Endocardite maligne lente.

Aortite chronique non rhumatismale, maladie de Hodgson.

Affections valvulaires ayant donné lieu à des signes d'insuffisance cardiaque.

Hypertension artérielle avec insuffisance cardiaque, avec ou sans albuminurie.

Myocardites avec insuffisance cardiaque.

Pouls lent permanent.

Tachycardie paroxystique à crises rapprochées.

Péricardite chronique adhésive ou tuberculeuse.

Artérites oblitérantes.

Phlébites avec thrombose et œdème.

Anévrismes artério-veineux.

APPAREIL GÉNITAL FÉMININ.

Cancer, quel qu'en soit le siège, 100 p. 100.

Fibrome utérin, unique ou multiple, opérable ou non, suivant symptômes, complications et retentissement sur l'état général (volume hémorragies), etc., 50 à 80 p. 100.

Kyste de l'ovaire inopérable 100 p. 100.

Annexite non opérable ou non opérée, unilatérale ou bilatérale, suivant symptômes locaux et généraux, 30 à 80 p. 100.

Séquelles d'annexite bilatérale opérée suivant retentissement sur l'état général, 10 à 40 p. 100.

Séquelles d'annexite bilatérale opérée suivant retentissement sur l'état général et l'âge, 20 à 70 p. 100.

Séquelles d'hystérectomie partielle ou totale avec ou sans salpingectomie, avec ou sans ovariectomie, suivant retentissement sur l'état général et l'âge, 30 à 80 p. 100.

Prolapsus utérin ou vaginal, partiel ou total, complet ou incomplet :

Avec ou sans phénomènes locaux inflammatoires surajoutés, opérable ou non opérable, réductible ou non, pouvant être maintenu par un pessaire quelconque ou non et suivant volume, 10 à 70 p. 100.

Avec troubles vésicaux surajoutés suivant leur importance, 75 à 90 p. 100.

Métrites suivant caractères particuliers, retentissements sur l'état général et complications locales :

Cas légers ou ordinaires, 5 à 25 p. 100.

Cas graves, 25 à 50 p. 100.

Cas très graves, 50 à 75 p. 100.

Les salpingo-métrites seront, suivant les cas, rangées avec les métrites ou les annexites.

Séquelles d'opération césarienne suivant retentissement sur l'état général, 20 à 50 p. 100.

Séquelles de pubiotomie obstétricale avec troubles de la marche :
légers ou ordinaires, 20 à 50 p. 100.

Cas graves avec marche « en canard » plus ou moins accentuée, 50
à 75 p. 100.

DIVERS.

Sénilité précoce, suivant les phénomènes généraux, la débilité et
l'état des facultés, 15 à 75 p. 100.

Rhumatisme aigu, subchronique ou chronique récidivant, fébrile
ou non, suivant le nombre et la qualité des articulations
atteintes, le retentissement organique et l'état général, 30
à 100 p. 100.

CHAPITRE IV

LA COMMISSION TECHNIQUE — SON UTILITE

L'organisme appelé « Commission technique » et que, pour être plus précis, nous devrions dénommer Commission technique médicale, est désigné plus communément sous le nom de Commission des « trois médecins ».

Constitution et rôle de la Commission technique.

Voyons ce que nous disent les textes de loi relatifs aux commissions techniques médicales :

LOI DU 5 AVRIL 1928,

MODIFIÉE PAR LA LOI DU 30 AVRIL 1930.

ART. 7, § 3. — Si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade, entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique, composée du médecin traitant, d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi par le juge de paix. S'il s'agit d'incapacité permanente, ce troisième médecin sera un médecin expert désigné par le président du tribunal civil.

ART. 10. § 3. — Si l'assuré conteste le pourcentage d'incapacité qui lui a été notifié dans les formes à fixer par décret ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen de son dossier est nécessaire, l'état d'incapacité est apprécié par la Commission technique prévue à l'article 7, § 3, avec appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

Tout au long de notre exposé, nous verrons de quelle manière ces textes de loi sont complétés par le décret du 25 juillet 1920 portant règlement d'administration publique.

Partant de ceci, il nous est facile de définir le but des commissions techniques :

Il s'agit d'un rôle d'arbitrage intéressant des questions purement médicales; ce rôle se retrouve en deux circonstances prévues par la loi :

1° En cas de contestations entre la Caisse et l'assuré à propos de l'état sanitaire de celui-ci;

2° En cas de contestation, par l'assuré, du pourcentage d'invalidité qui lui a été fixé. Ce deuxième point est en rapport évidemment plus direct avec le risque invalidité qui nous occupe.

Nature des litiges soumis à la Commission technique.

Les litiges d'ordre administratif ne sont pas de la compétence des commissions techniques; seuls, les différends d'ordre médical leur sont soumis.

Nous laisserons de côté tout ce qui intéresse le risque maladie, pour nous consacrer uniquement à l'étude des questions relatives à l'assurance-invalidité.

Ici, les litiges pourront provenir de différentes causes :

a) de l'interprétation médicale de l'incapacité de travail de l'assuré, où, nous l'avons vu, le facteur personnel est particulièrement important;

b) des faits dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, tendant à déterminer si l'invalidité constatée n'a pas pour origine, en tout ou en partie, un accident du travail, une maladie professionnelle ou une blessure de guerre;

c) du résultat des interventions médicales des cinq premières années de la période d'invalidité, ou de la fin de la période décennale. Puis, en dehors de différends, la Commission technique peut être amenée à se réunir pour rechercher si une incapacité est permanente et absolue. Ceci a son intérêt si l'on s'en rapporte au décret du 25 juillet 1930, art. 43, § 1 :

« En cas d'incapacité permanente et absolue de l'assuré admis au bénéfice de la pension d'invalidité, la Caisse qui a la charge de cette pension invite la Caisse à qui l'intéressé appartient pour le risque vieillesse, dès l'expiration de la période fixée par la loi pour la consolidation de la pension d'invalidité, à liquider par anticipation la rente inscrite au compte individuel de celle-ci. »

Enfin, la Commission technique pourra être amenée à se prononcer sur la nécessité ou non de faire des prestations en nature à des assurés en vue de réduire leur incapacité, pendant la période d'invalidité.

Le Professeur J. Leclercq, de Lille, qui étudiait cette question dans un article très documenté du *Paris médical* du 18 novembre 1933, notait à la suite d'une enquête menée par lui avec le concours du Professeur Vanverts, dans la région du Nord, que, jusqu'à ce moment, les commissions techniques n'avaient été réunies que très peu souvent. Le Professeur J. Leclercq rapporte cet état de choses à deux causes possibles :

ou la bonne entente entre médecins traitants et médecins contrôleurs;

ou le peu de temps d'application de l'assurance-invalidité.

Réunion des commissions techniques. Leur constitution. Leurs décisions.

Le décret du 25 juillet prévoit, dans le paragraphe 1 de l'article 41 :

« L'assuré qui conteste les décisions prises par la Caisse d'assurance-invalidité, en vertu de l'article 40 du présent décret, dispose d'un délai de *quinze jours* pour saisir de sa réclamation le greffier de justice de paix. Celui-ci provoque immédiatement la réunion de la Commission technique, conformément aux dispositions de l'article 7, § 3, de la loi.

» La même procédure est suivie pour le cas où la Caisse d'assurance-maladie entend contester ses décisions. »

« Il y a lieu de préciser que la demande doit être adressée au greffier de justice de paix, qui la transmet au juge de paix en vue de la nomination du tiers expert, et non pas comme cela se produit parfois, par erreur, à la Commission cantonale. » (Leclercq.)

Nous rappelons à ce sujet, sans entrer dans les détails, que la Commission cantonale, qui a son origine dans l'article 63 de la loi, est une juridiction qui embrasse « toutes les difficultés autres que celles prévues à l'article 7 ». Celles-ci, nous le savons, sont du ressort de la Commission technique. La Commission cantonale est composée du juge de paix, d'un employeur et d'un assuré, assistés par le greffier du juge de paix.

La réclamation de l'assuré, adressée au juge de paix, va entraîner la réunion d'une Commission technique. Or, nous pouvons tout de suite remarquer que rien dans la loi ne fait connaître le délai au bout duquel la Commission doit être réunie.

De ce fait, très souvent, le troisième médecin, qui est chargé de convoquer ses deux confrères, laisse l'affaire traîner en longueur. Nous avons, en effet, pu nous rendre compte, en compulsant de nombreux dossiers, qu'il arrivait assez souvent que les membres de la Commission n'étaient pas convoqués, un mois et même plus, après la désignation faite par le juge de paix. Nous ne voulons pas jeter la pierre au troisième médecin, dont le temps est souvent précieux, et qui peut oublier de prévenir ses collègues, nous constatons seulement qu'il existe là une lacune, et qu'elle demande à être comblée au plus tôt.

Rien non plus n'est envisagé dans la loi en ce qui concerne la forme des convocations des membres de la Commission technique, ni à propos de la rédaction des décisions prises.

C'est en raison de ceci que nous reproduisons, en fin de chapitre, un *avant-projet de procédure de la Commission technique* qui a été publié dans le *Médecin conseil* de juin 1934

et qui est dû à M. André Pépy, Professeur à la Faculté de droit de Grenoble.

Quoi qu'il en soit, c'est le troisième médecin, nous l'avons vu, qui convoque ses confrères; la réunion a lieu soit à la justice de paix — ce qui est rare — soit au lit du malade, soit, le plus souvent, au cabinet de ce même praticien. Le médecin désigné par la Caisse n'est pas obligatoirement celui qui a examiné le malade. Parfois, deux médecins se déplacent : le médecin contrôleur de la Caisse-maladie et celui de la Caisse-invalidité, assistant à titre d'auditeur libre avec voix simplement consultative; il faut toutefois noter que, dans ce cas, la demande doit en être faite par la Caisse-invalidité au juge de paix ou au président du tribunal civil, et le médecin expert doit être averti et sollicité par lettre. La loi ne prévoyant rien à ce propos, l'expert est libre d'accepter ou de refuser la présence de ce quatrième médecin.

L'expert désigné par le magistrat préside la Commission technique. (Lorsqu'il s'agit d'un médecin désigné par le président du tribunal civil, il est choisi sur la liste des experts déposée audit tribunal.)

Il a donc à entendre ses deux confrères, puis à procéder à l'examen du malade, après quoi la discussion est ouverte entre les trois médecins pour prendre une décision. Le procès-verbal sera rédigé par le président de la Commission, sur papier libre (« *Les pièces exclusivement relatives à l'exécution de la présente loi sont délivrées gratuitement et sont dispensées des droits de timbre et d'enregistrement.* » [Art. 62.]). Le médecin y spécifiera si la décision est prise à l'unanimité; s'il y a un avis contraire on pourra motiver séparément les deux opinions en présence.

Si l'un des médecins n'a pas répondu à la convocation, on le notera sur le compte rendu de la procédure. Enfin, parfois, les deux médecins pourront s'être abstenus de paraître, malgré la convocation, et le président, statuant seul, transmet ses conclusions. Ce rapport est remis au greffier du juge de paix, qui doit le transmettre au juge intéressé. C'est ce

dernier qui porte la décision à la connaissance des parties.

Ce processus semble très simple; il se complique pourtant et toujours à propos de la question du secret professionnel.

Certains, en effet (Mazel, Vanverts, Leclercq) estiment que le secret n'a aucune raison de subir d'atteinte, puisqu'il n'y a pas à poser de diagnostic, mais à donner sèchement le résultat d'une expertise médico-légale, c'est-à-dire à noter si oui ou non le différend soulevé par l'assuré est motivé.

D'autres (Lande, Rivière) considèrent cet examen comme une expertise dans le compte rendu de laquelle on doit noter les raisons des décisions prises : la Caisse a, en effet, le droit de savoir pourquoi elle va payer une pension à un assuré.

Toutefois, le Professeur Rivière conseille, pour ne pas permettre la divulgation du diagnostic, d'employer deux enveloppes : l'une contenant la décision de la Commission sans motif ni diagnostic et destinée au juge; l'autre, fermée, confidentielle, contenant le rapport complet et destinée à être transmise à la Caisse possédant le dossier de l'assuré.

Supposons en effet, puisque l'assuré a un recours, en cas d'invalidité, devant la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, que la chose se produise dans un cas où la décision de la Commission technique ne sera appuyée par aucun motif ni diagnostic. On sera ici dans l'obligation de juger sur le vu du dossier médical des caisses, mais on n'aura pas le précieux appoint apporté par l'examen simultané de trois médecins.

Il semble donc bien résulter de ceci que l'expertise à laquelle se livre la Commission technique n'a aucune raison d'être amputée d'un compte rendu dont on peut attendre les plus grands services.

Notons, pour être complet, que l'appel devant la Section permanente du Conseil des assurances sociales doit se faire sous un délai de dix jours.

Les honoraires des membres de la Commission technique.

Le médecin traitant de l'assuré est honoré par celui-ci, selon le principe de l'entente directe.

Le médecin de la Caisse relève, à ce point de vue, de la Caisse dont il tient sa désignation.

Il reste le troisième médecin. La logique voudrait que les deux parties se partagent le paiement de ses honoraires; il est prévu que la partie qui succombe doit seule supporter la charge de ces frais.

L'assuré n'est pas toujours en mesure de subvenir à ces dépenses, et il est souvent arrivé que l'expert ne parvenait pas à percevoir son dû. Cela, évidemment, a soulevé des protestations.

A une question posée sur ce sujet par M. Lerolle le 1^{er} juillet 1932, le ministre du Travail a répondu :

« On ne peut pas imposer à l'assuré, qui supporte déjà la charge des honoraires de son médecin, le versement d'une provision au troisième médecin désigné par l'application de l'article 7, § 3, de la loi du 30 avril 1930.

» Toutefois, le fonctionnement de la Commission technique prévu à cet article étant intimement lié au fonctionnement des caisses d'assurances, il appartient à celles-ci de régler directement le troisième médecin, sous réserve de leur droit de recours contre l'assuré qui succombe. »

C'est ainsi que pratiquement, dans le Nord, à Paris, à Bordeaux et dans bien d'autres régions, les caisses avancent l'argent des honoraires du tiers médecin. Elles ne se font d'ailleurs que peu d'illusion sur la récupération de leurs frais. Disons deux mots des tarifs accordés aux experts :

à Paris : 200 francs;
dans le Nord : 175 francs;
à Bordeaux : 100 francs.

De l'avis général des personnes compétentes, c'est à Bordeaux que le tarif le plus normal est appliqué.

Nous avons ainsi passé en revue les divers points, qui, à propos de la Commission technique, pouvaient intéresser le praticien, surtout s'il figure sur la liste des experts. Avant

de publier, comme nous l'avons annoncé, l'avant-projet de procédure du Professeur Pépy, nous voulons examiner les reproches qui peuvent être adressés à la Commission technique :

a) L'incompétence fréquente du troisième médecin. Ceci peut être vrai en assurance-maladie; mais pour ce qui nous occupe, ce médecin choisi sur une liste d'experts peut être considéré comme compétent.

b) Le fait que souvent les tiers médecins appelés ne se trouvent pas devant un cas qui intéresse leur spécialité. Ce reproche est parfois justifié. Comme remède, les caisses, d'accord avec les syndicats médicaux, pourraient peut-être remettre au juge du tribunal des listes d'experts des différentes spécialités; dans ces listes, le magistrat pourrait prendre les présidents de Commission technique.

c) L'incompétence de la Commission technique lorsqu'on lui donne à juger des questions administratives ou des questions intéressant le conseil de famille médical.

d) Les questions que nous avons déjà envisagées, à propos du mutisme de la loi en ce qui concerne le délai de convocation de la Commission technique et le protocole de procédure.

e) L'intervention d'un magistrat pour un litige d'ordre médical; en effet, certains se sont demandé s'il était bien nécessaire de recourir au juge de paix ou au président du tribunal civil pour la désignation de l'expert. Voici les raisons que donne le Docteur Perret pour justifier l'intervention d'un magistrat (*Médecin conseil*, sept. 1934) :

« Il faut bien que dans cette Commission technique il y ait un responsable de la procédure qui suive l'affaire depuis la constatation de l'assuré jusqu'à la transmission de la décision aux intéressés, à côté des médecins qui apprécient des cas isolés, il faut un responsable permanent de cette juridiction spéciale, qui est le juge de paix; il ne faut donc pas le laisser en dehors du circuit. Enfin, aux yeux de l'assuré, la décision d'une commission

réunie par les soins du juge de paix sera peut-être plus impressionnante que celle d'une commission constituée à l'amiable. Le Français respecte la forme juridique. Le mieux est de laisser au juge de paix le soin de désigner le troisième médecin, mais de faciliter son choix, en mettant à sa disposition une liste de médecins classés selon leur spécialisation professionnelle acceptant en principe de faire partie de la Commission technique; cette liste serait établie et tenue à jour par le syndicat médical.

» Enfin il sera toujours loisible au juge de paix de conseiller dans chaque cas particulier le médecin traitant et le médecin contrôleur pour le choix du troisième médecin. »

Enfin, nous désirons faire remarquer encore une fois que l'appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales n'est possible que lorsqu'il s'agit d'assurance-invalidité.

Cela avait sans doute été mal compris puisque la Section permanente dudit Conseil a fait paraître, à propos d'un recours après délibération de la Commission technique, mais sur un point intéressant le risque maladie, la décision suivante :

« La Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales,

» Sur le rapport des sous-sections juridiques et médico-pharmaceutiques;

» Vu l'appel formé par le sieur X... contre une décision de la Commission technique lui refusant le droit aux prestations de l'assurance-maladie;

» Vu les observations présentées par la Caisse primaire;

» Vu les autres pièces produites et jointes au dossier;

» Vu la loi du 30 avril 1930;

» Ouï M. Léon Labbé, auditeur au Conseil d'Etat, en son rapport;

» Considérant qu'aux termes de l'article 7, al. 3, de la loi du 30 avril 1930, « si une contestation s'élève en ce qui concerne l'état du malade entre l'assuré et la Caisse, cet état est apprécié par une Commission technique composée du médecin traitant,

» d'un médecin désigné par la Caisse et d'un médecin choisi
» par le juge de paix »;

» Considérant qu'aucune disposition législative ne prévoit de recours contre les décisions de cet organisme qui statue en dernier ressort; que, dès lors, le sieur X... n'est pas recevable à se pourvoir devant la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales,

» Décide;

» Le recours du sieur X... est rejeté. »

Marquons, enfin, pour terminer ce chapitre, que l'institution d'un tribunal purement médical est une innovation apportée par les assurances sociales. En effet, les litiges soulevés dans le cadre des autres lois sociales sont soumis aux tribunaux ordinaires ou spéciaux (pensions).

Nous en avons fini avec la Commission technique. Nous aborderons l'importante question de l'« avenir des invalides », dans le prochain chapitre.

Avant-projet de règlement de procédure de la Commission technique.

TITRE PREMIER

Assurance-maladie.

ARTICLE PREMIER.

Lorsque le malade conteste une décision de la Caisse relative à son état de santé, il doit, à peine de forclusion, dans les quinze jours qui suivent la notification de la décision, saisir de sa réclamation le greffier de la justice de paix du canton où se trouve le siège de la Caisse, par lettre recommandée ou par déclaration au greffe.

Cette demande doit comporter le nom du médecin traitant appelé à représenter l'assuré.

ARTICLE 2.

Le greffier doit immédiatement provoquer la désignation, par le juge de paix, du tiers médecin. Il notifie à ce dernier sa désigna-

tion, ainsi que les noms et adresses des parties en cause et du médecin traitant de l'assuré. Cette notification doit être faite dans les huit jours suivant le dépôt de la demande au greffe.

ARTICLE 3.

Le médecin désigné par le juge de paix est de droit président de la Commission. Il lui appartient d'inviter la Caisse à désigner le médecin chargé de la représenter. Il convoque les membres de la Commission par lettre recommandée.

La Commission est libre de procéder, par les moyens qui lui paraîtront les meilleurs, à l'instruction de l'affaire, soit en jugeant sur pièces, soit en examinant le malade au domicile de celui-ci ou au lieu désigné par elle.

ARTICLE 4.

La Commission peut valablement statuer, même si le médecin traitant ou le médecin de la Caisse, ou l'un et l'autre, n'ont pas répondu à la convocation.

En cas d'absence de l'un des membres, le procès-verbal doit faire mention de la date de la convocation qui lui a été faite par lettre recommandée.

ARTICLE 5.

Le procès-verbal dressé par le président comporte la définition des points litigieux soumis à l'appréciation de la Commission et l'avis de celle-ci. Il indique si la décision a été prise à l'unanimité, ou à la majorité des voix; ou par le président seul en l'absence de ses collègues régulièrement convoqués.

Il doit être transmis au greffe de la justice de paix, sous la responsabilité du président, dans le mois du dépôt de la demande.

ARTICLE 6.

La décision de la Commission sera notifiée dans les quarante-huit heures du dépôt du procès-verbal par le greffier de la justice de paix aux parties intéressées, qui pourront prendre copie du procès-verbal au greffe ou en requérir la communication à leurs frais.

ARTICLE 7.

Les honoraires du médecin traitant restent à la charge du malade. La Caisse supportera personnellement les honoraires du médecin chargé de la représenter, et fera l'avance des honoraires du tiers médecin, sous réserve de ses droits de recours contre l'assuré, au cas où la Commission confirmerait la décision de la Caisse.

Les honoraires à allouer au tiers expert sont prévus, chaque année, par arrêté du ministre du Travail.

TITRE II

Assurance-invalidité.

ARTICLE 8.

Les règles de procédure et délais et des honoraires des médecins ci-dessus fixées sont applicables aux décisions de la Commission technique rendues en matière d'invalidité, conformément à l'article 41 du Règlement d'administration publique du 25 juillet 1930.

Toutefois, lorsqu'il s'agira d'une incapacité permanente, le greffier devra faire désigner le tiers médecin par le président du tribunal civil, conformément à l'article 7, § 3.

ARTICLE 9.

La décision prise par la Commission technique en matière d'invalidité doit comporter l'indication sommaire des motifs qui l'ont inspirée. Il peut en être interjeté appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales dans les termes de l'article 41, § 2, du Règlement d'administration publique.

Procès-verbal de Commission technique.

AVANT-PROJET DE FORMULE

COMPOSITION DE LA COMMISSION.

Président : M. désigné par décision de M. le Juge de Paix (ou le *Président du Tribunal civil*), à la date du

M., médecin traitant de l'assuré.

M., médecin désigné par la Caisse
..... (*désignation et siège social de la Caisse*).

EXPOSÉ DES FAITS.

M. (nom), N° matricule
par déclaration au greffe, en date du,
a contesté une décision de la Caisse (*désignation de la Caisse*)
..... qui lui a été notifiée en date
du et qui est ainsi conçue :

.....
.....
.....

En conséquence, la Commission technique, pour apprécier
si (*exposé précis du point soumis à la Commission*).

.....

.....

.....

PROCÉDURE.

M. _____, Président, a invité par lettre du _____, la Caisse _____ à désigner le médecin chargé de la représenter.

Par lettre du _____, celle-ci a désigné M. le Docteur _____

Convocation par lettre recommandée

a été adressée le _____ au Docteur _____, médecin traitant, au Docteur _____, médecin de la Caisse, pour le (date et heure) _____ à (lieu de réunion) _____

A cette date, la Commission a tenu séance.

Etaient présents : MM. _____

(S'il y a lieu noter l'absence du médecin traitant ou du médecin représentant la Caisse.) _____

(Indiquer si la Commission a jugé sur pièces ou a procédé à l'examen du malade, ou a décidé de tenir une nouvelle séance.) _____

AVIS DE LA COMMISSION.

Après en avoir délibéré, la Commission a estimé (à l'unanimité
des voix) que

En cas d'absence de deux membres régulièrement convoqués :

Le Président, statuant seul, en l'absence des deux membres
régulièrement convoqués, estime que

Transmis au Greffe, le

CHAPITRE V

L'AVENIR DES INVALIDES — LA REEDUCATION

Nous devons nous rappeler, durant tout l'exposé de cette question, qu'il nous a été impossible de définir l'*invalidité* au regard des assurances sociales.

Non seulement nous envisagerons l'avenir de mutilés, de porteurs de lésions définitivement établies et consolidées, mais encore et surtout, c'est le sort de malades longs, évolutifs, sujets à améliorations et rechutes, qui retiendra tout particulièrement notre attention.

Cette question, nous l'avons déjà effleurée dans l'étude de « l'évaluation des incapacités de travail », nous allons pouvoir l'aborder à présent dans ses différentes parties.

Comment se présente le problème.

Il s'agit tout simplement d'un *cas de conscience* pour les caisses-invalidité et aussi pour leurs médecins conseils, du fait que, par suite de certaines dispositions de la loi (qui n'envisage pas le pronostic éloigné des invalides), certains assurés vont se trouver brusquement privés de pension et de soins, dès que leur incapacité de travail sera évaluée à moins de 50 p. 100. Or, il est bien évident que le fait de pouvoir recommencer un travail rémunérateur (encore ceci n'est-il pas toujours possible) n'implique pas la guérison d'une affection ayant motivé une invalidité temporaire.

De nombreux facteurs interviennent alors pour mettre l'assuré dans un état de détresse et d'abandon qui ne peut laiss-

ser indifférent et qui appelle des modifications nouvelles aux dispositions législatives. Nous pouvons donner ici une rapide énumération de ces facteurs avant d'envisager le détail de la question :

Tout d'abord il n'est pas certain que l'assuré, quoique rentré en possession de 50 p. 100 de sa capacité de travail, puisse trouver à utiliser ce potentiel... les employeurs, en effet, sont difficiles sur le choix de leurs ouvriers, et il leur est permis de l'être en un temps où le chômage sévit plus que jamais.

Si l'ex-invalidé ne trouve pas de travail, c'est tout de suite la misère pour lui et sa famille. Dès ce moment, les assurances sociales l'ont complètement abandonné... en parfait accord avec la loi.

Supposons toutefois que le sujet soit repris par un patron ; il va se remettre à travailler comme auparavant, sur un métier qui est devenu maintenant trop pénible pour lui. Il va bien cotiser à nouveau pour l'assurance-maladie..., mais peut-on affirmer qu'il aura toujours le temps d'être en règle avec celle-ci avant qu'il ne rechute de sa lésion réveillée (auquel cas, d'ailleurs, la Caisse-maladie peut lui refuser son appui : il n'y a jamais eu guérison constatée), ou qu'une nouvelle affection (d'autant plus facilement contractée que le terrain est déficient) ne l'atteigne à son tour ?

Admettons, pour aller encore plus loin, que tout soit en règle avec la Caisse-maladie ; l'assuré pourra, à nouveau, pendant six mois, recevoir les prestations et soins prévus à l'article 4. Puis, une fois ce délai atteint, comme les cotisations ne sont pas suffisantes pour le passage à l'assurance-invalidité (480 cotisations pendant les *deux années* précédant le début de la maladie !), l'assuré va se retrouver abandonné à lui-même : il va essayer de reprendre encore son travail, son état empirera d'autant plus vite qu'un facteur moral viendra s'ajouter à la détresse physique, hâtant ainsi un dénouement après lequel tout ne sera pas terminé..., puisqu'il restera très souvent un foyer dans la misère.

Ceci pose, d'une façon générale, la question de l' « avenir des invalides ». Nous allons à présent envisager les principaux cas qui se présentent à nous, en donnant, pour chacun, les modalités d'action déjà mises en pratique ou simplement prévues pour remédier aux oublis et aux erreurs de la loi.

Invalidité reconnue à l'expiration des six mois de maladie.

Nous avons affaire là au cas normalement prévu du passage à l'assurance-invalidité.

Nous pouvons ici, avec le Docteur Crémieu (*Médecin conseil*, août 1934), distinguer tout de suite trois cas :

- invalidité à coup sûr définitive;
- invalidité à coup sûr temporaire;
- invalidité pour une affection à pronostic incertain.

Dans le premier cas, rien ne prête à difficultés. Tout est prévu dans la loi, et l'invalidé, après avoir bénéficié des soins pendant cinq ans, sera revu à la fin de ce temps, puis au terme de la période décennale, et alors bénéficiera définitivement de sa pension.

Le deuxième cas vise évidemment les évolutifs, mais puisque l'on a pu poser un pronostic bon à coup sûr, c'est qu'il peut s'agir en général de la fin de maladies infectieuses graves, de complications au cours d'affections, de suites d'interventions chirurgicales ayant particulièrement affaibli le malade.

Ici, comme dans le premier cas, la loi prévoit tout, et lorsque le sujet aura récupéré ses 50 p. 100 de capacité de travail, c'est-à-dire lorsque sa convalescence commencera en somme à tirer sur sa fin, la pension lui sera supprimée.

Vient maintenant le troisième cas, il en englobe en réalité plusieurs autres. Nous nous trouvons en présence de la longue liste d'affections chroniques susceptibles de toutes les variantes dans leur évolution, voire même de guérison.

Il n'y a évidemment aucune difficulté tant que les lésions se maintiennent aussi sérieuses, ne permettant pas une récupération de la capacité de travail.

Mais supposons que ces mêmes lésions arrivent à se compenser, et que survienne une nette amélioration : c'est là que le rôle du médecin, et surtout du médecin conseil, devient délicat. La plus grande prudence devra être sa règle d'action.

Le Docteur Crémieu, dans un article fort bien conditionné, intitulé : *Le rôle du médecin conseil dans ses rapports avec l'avenir des invalides* (*Médecin conseil*, août 1934), déclare :

« Plusieurs cas peuvent se présenter :

» a) *Amélioration paraissant définitive* :

» Par exemple : le tuberculeux qui revient du sanatorium après deux ans de cure apparemment guéri; l'urinaire (pyélonéphrite, cystite), qui, après des mois d'antisepsie et de lavages, finit par voir son infection disparaître; l'ulcus gastrique qui paraît cicatrisé ou a été opéré, etc.

» Malgré toutes les probabilités, ne pas oublier : d'une part, que les rechutes même imprévues sont toujours possibles; d'autre part, que la suppression de la pension entraîne la suppression des soins, ce qui est une mesure fort grave vis-à-vis d'un malade qui, quoique amélioré, est souvent loin de pouvoir se passer de soins.

» Donc, bien peser sa décision et ne conclure à la suppression définitive de la pension que si l'on est cent fois sûr : d'une part, en confrontant l'état clinique et les barèmes, que le degré d'incapacité est bien devenu inférieur à 50 p. 100; d'autre part, qu'aucune rechute n'est probable dans un délai rapproché. S'il y a le moindre doute sur l'un ou sur l'autre de ces points, surseoir à toute décision irrévocable et faire bénéficier l'intéressé du doute : en effet, la pension une fois supprimée, il n'y aura plus aucune possibilité de la rétablir (voir paragraphe suivant).

» Dans le cas de rechute lointaine, l'assuré pourra prétendre à de nouvelles prestations maladie s'il a de nouveau repris le travail et cotisé pendant six mois; par contre, il lui faudra 480 cotisations nouvelles pour introduire une nouvelle instance de pension.

» b) *Amélioration probablement passagère, rechutes.*

» Exemple : épisodes subasystoliques chez les cardiaques, rhumatismes subaigus à poussées récidivantes, psychoses, etc. Dans ce cas, se bien garder de conclure à la suppression de la pension, mais formuler expressément la prévision d'une rechute plus ou moins proche, cette réserve étant indispensable en l'état actuel des règlements pour permettre la *suspension de la pension* et son rétablissement éventuel.

» Voici, en effet, à défaut de texte législatif ou même de circulaire ministérielle, le texte d'une réponse faite par la Caisse générale de garantie, le 19 mars 1934, à une question posée par la Caisse lyonnaise, « La Mutualité sociale » :

« Lorsqu'il est possible de prévoir dans le cas de reprise du travail qu'une aggravation de l'état de l'assuré pourra se produire dans un délai assez rapproché, il a été admis que la pension d'invalidité ne serait pas définitivement supprimée, mais simplement *suspendue* à la date de reprise du travail pour, le cas échéant, être rétablie s'il est constaté que l'assuré ayant de nouveau cessé le travail, sa capacité de travail demeure inférieure à 50 p. 100. »

« Voilà une innovation très heureuse, et dont il faut se féliciter. Mais, notez-le bien, pour que cette mesure joue, il ne suffit pas que la rechute soit formellement constatée au moment où elle se produit, *il faut qu'elle ait été prévue expressément* dans le rapport médical constatant la récupération momentanée de la capacité de travail à 50 p. 100, faute de quoi aucun « repêchage » n'est possible.

» Dans un cas de cette espèce, où la rechute a été constatée en fait, mais n'avait été prédite que d'une façon insuffisamment formelle, la Caisse générale de garantie a répondu (4 juin 1934) :

« La suppression de la pension étant devenue définitive, il n'y a pas, dans le cadre des dispositions légales en vigueur, de possibilité de faire revivre les droits de l'assuré au bénéfice de l'assurance-invalidité. Il est regrettable que les médecins appelés à visiter le malade n'aient pas envisagé la possibilité d'une aggravation dans un délai assez rapproché. S'ils avaient, dans leur rapport, formulé des réserves, la pension de M. X... n'aurait pas été définitivement supprimée, mais simplement suspendue pour, le cas échéant, être rétablie, etc. »

» Singulière conception qui fait supporter au malade les conséquences de l'oubli involontaire ou même de l'erreur de pronostic d'un médecin ! Quoi qu'il en soit, le devoir du médecin en présence de ces dispositions nouvelles est de formuler les réserves en question chaque fois qu'elles s'imposeront et même dans un grand nombre de cas où elles ne s'imposeront pas : mieux vaut en effet prévoir dix fois à tort une rechute qui ne se produira jamais que d'ôter une seule fois à un ancien pensionné qui rechute la possibilité de retrouver sa pension. »

Nous ne pouvons que nous réjouir avec l'auteur de ces lignes, de l'avènement de la « suspension » et nous partageons entièrement son avis, en ce qui concerne la *prévision de la rechute*, dans le rapport médical. Il faut avouer, en effet, que l'on met là le médecin conseil devant des difficultés de conscience qui l'obligent à prendre ses précautions.

Nous venons d'envisager ici ce que l'on peut faire légalement (si l'on nous permet d'assimiler une réponse de la Caisse générale de garantie à un texte législatif).

Remarquons à présent que lorsqu'on « suspend » un assuré, celui-ci perd à la fois la pension et les soins. Ne pourrait-on pas, comme on le fait au terme des six mois de maladie, pendant l'instruction du dossier d'invalidité, continuer les soins ? N'est-il pas de l'intérêt non seulement de l'assuré, mais de la Caisse elle-même, de reculer le plus possible le moment où le malade va retomber dans l'invalidité ?

C'est une solution qui serait aussi à envisager dans le cas d'une invalidité à coup sûr temporaire, et ce jusqu'à ce que l'état de santé de l'intéressé soit suffisamment satisfaisant.

Il entre encore ici, dans cette catégorie d'invalides reconnus à l'expiration des six mois de maladie, un cas que nous n'avons pas prévu et pour lequel nous reproduisons un passage d'une des questions mises à l'ordre du jour au Congrès de l'Association des médecins conseils et contrôleurs à Lille (mai 1934). Nous prenons cet article dans le *Médecin conseil* d'avril 1934 :

« *Rechute après guérison ou maladie différente.*

« *Nouvelle invalidité.* — Il s'agit, ici encore, d'un invalide à qui l'on vient de supprimer une pension d'invalidité parce qu'il a récupéré plus de 50 p. 100 de capacité de travail, qui ne demande pas de soins et qui, en quelques semaines, est considéré comme guéri. Il fait une rechute avant d'avoir travaillé et cotisé suffisamment pour avoir de nouveaux droits aux prestations maladie. Même si cette rechute survient plus de deux mois après la guérison apparente, il est très possible que les conditions de cotisations ne soient pas réalisées, puisqu'il faut qu'il y ait soixante jours pendant le trimestre civil précédant la maladie. Par exemple, si cet ancien invalide est considéré comme guéri et reprend son travail le 10 février, il ne réunira pas dans le premier trimestre civil, ses soixante jours de cotisations et ne pourra prétendre à aucune prestation si la rechute survient dans le cours du deuxième trimestre, soit du 1^{er} avril au 30 juin. C'est seulement à partir de cette date, et s'il a travaillé dans le cours du deuxième trimestre, qu'il peut y avoir de nouveau droit. Le cas serait identiquement le même s'il s'agissait non pas d'une rechute de la maladie ayant causé l'invalidité, mais d'une maladie complètement différente.

» On arrive ainsi à cette conclusion qu'un assuré qui cesse d'être invalide par guérison n'est plus couvert par l'assurance-maladie pendant une période qui peut s'étendre jusqu'à cinq mois après sa reprise de travail, et c'est pourtant à ce moment-là qu'il court le plus de risques.

» La situation est encore plus angoissante si cette rechute ou cette nouvelle maladie se prolonge au-delà de six mois, entraînant alors une nouvelle invalidité... Les dispositions législatives actuelles ne permettent pas à un assuré, qui a été invalide pendant un certain temps et qui a cessé de l'être par guérison, de bénéficier à nouveau de l'assurance-invalidité, à moins qu'il ait travaillé pendant au moins deux ans, *ce qui amène à exclusion totalement de l'assurance-invalidité et, quelquefois aussi de l'assurance-maladie, comme nous l'avons vu, les chroniques dont l'affection évolue par poussées successives avec des périodes d'accalmie.* Ce qui nous paraît très grave dans cette carence de la loi, c'est moins la suppression des prestations en espèces (indemnités journalières ou pension d'invalidité) que la suppression des soins qui sont

alors donnés par intermittence et supprimés, par le jeu des textes administratifs, au moment où ils sont le plus nécessaires, tant dans l'intérêt des caisses que dans celui de l'assuré. »

Invalidité non encore constituée au bout des six mois de maladie, mais prévue pour plus tard.

Nous avons déjà parlé de ce point dans le chapitre de « l'évaluation des incapacités de travail ». Nous nous trouvons là, en effet, devant une question à cheval sur nos deux chapitres. Nous ajouterons toutefois quelques mots pour compléter notre étude.

Dans ce cas encore, comme dans celui qui précède, il faut que le certificat médical prévoie bien, pour l'avenir, la possibilité d'une invalidité. C'est un point que les médecins ne doivent pas oublier, s'ils ne veulent pas léser gravement des malades en transformant une suspension de la pension en suppression définitive et sans recours.

Invalidité et travail.

Il n'existe aucun texte de loi empêchant un assuré titulaire d'une pension d'invalidité d'exercer un travail rémunérateur. Et si, par la suite, on lui fait subir une visite médicale d'évaluation d'incapacité de travail, le médecin n'a pas à faire rentrer en jeu le fait de cette reprise du travail dans son évaluation (Docteur Crémieu).

De plus, la loi prévoit ce fait et, dans le paragraphe 7 de l'article 12, décide que, dans un cas de ce genre, la part des cotisations versées qui, pour un travailleur ordinaire, serait affectée à l'assurance-invalidité est portée à un compte individuel d'assurance-vieillesse.

A ce propos, la question suivante a été posée :

Un assuré reconnu invalide arrive cependant à faire un petit travail rémunérateur. Il touche un salaire et cotise aux assurances sociales.

Peut-il bénéficier des prestations maladie au même titre que les non-invalides, s'il vient à interrompre son travail pour raison de maladie ?

Voici en quels termes répond le *Médecin conseil* de mars 1934 :

« Nous ne connaissons pas de textes officiels traitant de la question, ce cas n'ayant pas pu se poser jusqu'ici, puisque l'assurance-invalidité en est à ses débuts. Nous nous sommes donc efforcés de rechercher une solution conforme à l'esprit et aux textes de loi.

» Au premier abord, il pourrait paraître illogique d'ajouter des prestations journalières à une pension d'invalidité, ces deux sortes de prestations répondant au même objet. Mais il faut bien tenir compte du fait que la pension d'invalidité est, dans la plupart des cas, encore très faible dans les débuts de l'assurance-invalidité; que, les ressources de l'invalidé étant faites à la fois de cette pension et du salaire, il nous semble juste que, si la partie salaire n'existe plus, elle puisse être compensée par une nouvelle indemnité journalière proportionnelle à laquelle le versement des nouvelles cotisations donne droit.

» Nous croyons aussi qu'il y a lieu d'encourager les titulaires de pensions d'invalidité à travailler dans la mesure où leur état de santé le leur permet.

» Dans les textes, nous ne voyons aucune disposition qui interdise ce cumul. Le droit aux prestations maladie étant fonction des cotisations, et l'assuré invalide, qui travaille néanmoins, cotisant comme les autres assurés, il semble que les droits sont les mêmes. Le paragraphe 7 de l'article 12 de la loi dit textuellement :

« Si le titulaire d'une pension d'invalidité travaille, la fraction » de cotisation afférente à l'assurance-invalidité est portée à un » compte individuel d'assurance-vieillesse. »

» D'autre part, dans le décret du 25 juin 1930 sur la comptabilité des assurances sociales, l'article 24, § 3, dit :

« Lorsque l'intéressé, titulaire d'une pension d'invalidité, effectue un travail salarié et se trouve couvert contre le risque maladie par l'application de l'article 5, § 2, de la loi, le compte » « soins aux invalides » supporte la charge des prestations en » nature et rembourse au compte « assurance-maladie » le mon-

» tant des prestations en argent payées à l'intéressé au titre de
» cette dernière assurance. »

» Nous pouvons donc conclure de ces textes que les prestations
maladie sont applicables à l'assuré invalide dans les mêmes con-
ditions que pour les autres assurés. »

Toutefois, il est ajouté que les prestations médicales et
pharmaceutiques n'ont pas à être remboursées deux fois
(soins aux invalides et soins aux malades).

De plus, le malade « ne peut prétendre aux indemnités
journalières que si son interruption de travail est due à une
maladie différente de celle qui a entraîné la pension d'inva-
lidité ».

Possibilités d'amélioration de la loi.

Nous avons remarqué qu'à propos d'assurance-invalidité,
le législateur avait laissé une certaine liberté à ceux chargés
d'assurer son fonctionnement.

Nous pouvons maintenant conclure que cette souplesse est
encore insuffisante, puisque, afin de pouvoir appliquer des
solutions logiques, on est dans l'obligation de neutraliser les
restrictions de la loi par des communications de la Caisse
générale de garantie.

Il faut absolument supprimer ces détails de la loi, qui ne
peuvent que gêner son application et qui, surtout, font abou-
tir à de scandaleuses iniquités que leur auteur n'a certaine-
ment pas voulues. Ces suppressions auraient, de plus, l'ex-
cellent effet d'arrêter le flot de protestations qui coule à ce
propos et, le plus souvent, à juste titre.

Mais le rapporteur de la question, au *Congrès de l'Associa-
tion des médecins conseils*, à Lille, s'exprimait, considérant
la base même du problème, dans ces termes :

*« La clé du problème de l'invalidité réside dans la dissociation
entre la pension et les soins. »*

» La pension ne serait donnée qu'en cas d'incapacité de travail
évidente supérieure aux deux tiers. Elle pourrait être suspendue

à tous moments toutes les fois que l'assuré reprendrait un travail rémunérateur ou serait capable de le reprendre, même si cette période est passagère; mais elle pourrait être aussi rétablie immédiatement, en cas de rechute. Les soins, au contraire, seraient remboursés non seulement pendant les périodes d'incapacité de travail, mais aussi pendant les périodes intermédiaires d'amélioration, et ceci pour prévenir autant que possible les rechutes. Les instances d'attribution ou de suppression de la pension devraient être simplifiées pour que les décisions soient rapides et que le paiement effectif des prestations soit fait à l'assuré au moment où il en a besoin. D'autre part, le mécanisme compliqué de cette instance ne devrait intervenir qu'une seule fois, au moment du dépôt de la demande. La lenteur actuelle de l'instruction tient surtout à la vérification des conditions administratives, aux arrêts successifs du dossier à l'échelon de la Caisse-maladie, du Service départemental de la Caisse-invalidité, de la Caisse générale de garantie, aux délais de transmission, sans parler des nombreux renseignements complémentaires que les caisses d'invalidité doivent se procurer avant de liquider définitivement le dossier. Le médecin est tenu de prendre d'autant plus de garantie, avant de reconnaître l'état d'invalidité, qu'il a conscience des difficultés qu'éprouvera la Caisse en supprimant les prestations éventuellement accordées. L'appréciation médicale serait très simplifiée si les médecins savaient qu'ils prennent seulement une décision provisoire, susceptible d'être modifiée et pouvant s'adapter à tous moments à l'évolution de la maladie.

» Ce système correspond bien à l'esprit du législateur, qui considère la pension comme destinée à remplacer, au moins partiellement, l'absence de salaire. Il faut cependant faire remarquer que cette pension est très faible, surtout pour les assurés âgés (700 fr. par an). Si les temps ne permettent pas de donner à l'assurance-invalidité les ressources nécessaires pour obtenir un taux de pension raisonnable, nous pouvons tout au moins chercher une meilleure utilisation de ces ressources.

» Le fonctionnement actuel de l'invalidité tend à donner au versement de la pension un caractère durable et à l'étendre aux périodes où l'assuré peut reprendre un travail rémunérateur. L'assouplissement des règles actuelles permettant de suspendre la pension dès que l'assuré travaille, même provisoirement, éviterait

des abus et permettrait de faire des économies qui pourraient être utilisées pour l'augmentation des pensions nettement justifiées.

» De même, cet assouplissement, s'il entraîne des dépenses supplémentaires de soins, permettrait aux caisses-maladie d'appliquer plus strictement le délai de six mois. Elles sont amenées aujourd'hui, par la force des choses, à l'interpréter très largement chez les malades chroniques, d'où accroissement des dépenses et, malgré tout, encore beaucoup de contestations.

» *Ces deux questions d'invalidité et de l'application du délai de six mois dans l'assurance-maladie sont liées entre elles* et ne peuvent pas être séparées dans l'étude des conséquences financières de cet assouplissement de l'assurance-invalidité que l'expérience impose.

» Nous devons aussi, avant de terminer, signaler que, déjà sous le régime actuel de l'assurance-invalidité, on voit s'affirmer, même dans les textes, cette évolution de la distinction entre la pension d'invalidité et les soins aux invalides, et le souci de ne pas abandonner les assurés quand leur situation médicale ou administrative ne leur permet pas de rentrer dans le cadre théorique de l'assurance-maladie ou de l'assurance-invalidité. Il n'est fait, dans la loi, qu'une allusion très vague à la prévention de l'invalidité. Le Règlement d'administration publique fait un grand pas en avant dans ce sens, avec son article 37. La circulaire du 1^{er} décembre 1932 sur l'application de l'invalidité accentue encore cette tendance, et d'autres textes, en particulier la note de la Caisse générale de garantie du 5 septembre 1933, préconisent les solutions qui se rapprochent des améliorations désirées. Ces améliorations ne constituent donc pas un bouleversement; elles ne seraient que la codification d'une orientation rationnelle qui s'affirme à l'expérience et qui, gênée par les textes actuels, ne permet pas encore une solution simple et pratique des difficultés présentes. »

Nous n'aurions, certes, pas su montrer aussi bien la nécessité de cette distinction entre « pension » et « soins ».

Nous espérons que le législateur aura entendu cette voix et examiné cette solution.

La rééducation professionnelle des invalides.

Il s'agit de redonner au plus grand nombre d'invalides le moyen de pouvoir reprendre un travail plus rémunérateur que la pension.

C'est à Bordeaux que l'idée a été particulièrement étudiée par le Professeur Maurice Rivière.

Son but est louable à tous points de vue, puisque tous les intérêts en présence : assurés d'une part, caisses de l'autre, doivent y trouver leur intérêt.

La récupération des 50 p. 100 de sa capacité de travail par l'assuré ne suffit pas, nous l'avons vu en exposant la question de l'avenir des invalides, à affirmer une guérison et souvent le sujet, lorsqu'il veut reprendre son métier, se trouve dans un état d'infériorité manifeste dont nous avons envisagé les conséquences possibles.

Le Professeur Rivière examine les moyens d'assurer du travail à ces invalides; trois cas sont possibles :

Mutation d'emploi : équivalent à un travail connu, mais plus léger;

Réadaptation au travail antérieur après appareillage, mais grâce à cet appareillage;

Transposition dans un autre cadre professionnel.

Mais il ne faudra pas laisser l'invalidé chercher lui-même l'emploi qu'il désire; il ne se rend pas compte, en effet, de celui qui peut le mieux répondre à son état physique.

Ce ne sera pas au médecin conseil de déterminer quel peut être cet emploi : il existe pour cela l'*Ecole de rééducation professionnelle* à laquelle incombera la tâche de déterminer la profession adéquate à l'état de santé de l'invalidé et de procéder à la rééducation de celui-ci sous surveillance médicale compétente.

Nous cédon's la place au Professeur Maurice Rivière, qui a

bien voulu nous autoriser à reproduire ces éléments de son travail :

« Depuis la guerre de 1914, en effet, il existe en France, à Paris, à Bordeaux, Roubaix, Rennes, Lyon, Ribécourt, Limoges, Montpellier, et sous le contrôle de l'Office national des mutilés, des écoles de rééducation professionnelle pour mutilés de guerre; depuis quelques années, les invalides par accident du travail ont été admis, au moins à Bordeaux, à profiter de cet organisme pour se rééduquer.

» D'une statistique que j'ai sous les yeux il résulte en tout cas que sur :

» 6.086 mutilés ayant bénéficié de l'organisation de l'Ecole, 1.727 ont pu, après appareillage, être réadaptés à leur profession d'avant guerre et 3.345 ont pu être rééduqués dans une nouvelle profession, soit, au total, 5.072 sur 6.086, soit 83 p. 100.

» 80 p. 100 de ces rééduqués exercent la profession dans laquelle ils ont été rééduqués.

» 75 p. 100, parmi ceux qui exercent un métier manuel, se sont établis à leur compte et sont ainsi devenus de petits patrons.

» J'ai pensé qu'il y aurait, dans bien des cas, au moins intérêt pour les caisses autant que pour les assurés à faire profiter ceux-ci d'un organisme qui a fait ses preuves et dont la coopération en assurances sociales pourrait être des plus heureuses.

» Mais à qui pourraient incomber les frais de cette rééducation ?

» Au tarif actuel de l'Ecole de rééducation de Bordeaux, les mutilés et accidentés sont reçus aux conditions suivantes :

Les pensionnaires, 20 francs par jour;

Les demi-pensionnaires, 10 francs par jour;

Les externes, 4 et 3 francs par jour.

» La durée moyenne d'apprentissage pour les métiers susceptibles d'être appris aux assurés invalides peut être admise selon les capacités personnelles et les métiers appris, pour s'étendre de quatorze à vingt-cinq mois.

» Si l'on fait abstraction du plafond et même du tarif de responsabilité que les caisses sont parfaitement autorisées à dépasser lorsqu'elles considèrent que des *soins spéciaux* sont nécessaires chez un assuré pour prévenir l'invalidité ou pour la guérir, une caisse pourra-t-elle se refuser à considérer comme un traite-

ment préventif ou curatif de l'invalidité l'apprentissage d'une profession susceptible de ramener l'incapacité de travail à moins de 50 p. 100 ?

» N'est-elle pas tenue, à l'heure actuelle, de payer des journées d'hospitalisation, soit pour permettre des opérations chirurgicales capables de mettre fin à une maladie susceptible de créer un droit à pension, soit pour traiter une tuberculose ou toute autre maladie dans le même but ?

» A ne considérer que le rôle social de ces caisses d'assurances, ce n'est pas les en faire sortir que de leur demander l'effort nécessaire pour empêcher ou pour supprimer une incapacité de travail qui, par elle seule, les oblige à des sacrifices pécuniaires, lesquels sacrifices, pour l'assuré, ne compensent certes pas la perte de salaire résultant de son invalidité qui, pour les caisses, constitue incontestablement des dépenses bien supérieures à celles que peut nécessiter cette rééducation professionnelle.

» Je ne veux pour l'instant que jeter l'idée dans la discussion, car si, pour les cas chirurgicaux, elle s'impose de premier jet, elle peut prêter, pour tous les autres cas de la pratique médicale, à des objections très naturelles; l'essentiel, à mes yeux, c'est qu'elle soit et demeure, malgré tout, digne d'attention et mérite d'être étudiée dans tous ses aspects. »

Cette question de la rééducation a retenu l'attention de l'Association des médecins conseils et contrôleurs; elle fera l'objet de nombreuses discussions dans leurs prochains congrès. Nous reproduisons une planche, sur laquelle on pourra trouver quelques chiffres intéressants touchant la rééducation des invalides.

ANNEXE

*École de rééducation professionnelle des mutilés et réformés de guerre
de Bordeaux.*

Quelques exemples de durée de la rééducation.

Noms, prénoms.	Age	Profession antérieure	Mutilation	Durée
CORDONNIERS				
F. Pierre	61 ans.	Navigateur.	Amputation cuisse gauche.	48 mois.
S. Paul.....	33 —	Manœuvre d'usine.	Amputation cuisse droite.	17 —
M. J.-M.....	34 —	Employé tramway.	Impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche.	7 —
D. Jean.....	50 —	Cultivateur.	Réséction coude gauche.	14 —
VANNIERS-CHAISSIERS				
V. André.....	22 ans.	Manœuvre d'usine.	Amputation avant-bras droit.	15 mois. (vannier).
B. H.	45 —	Cultivateur.	Amputation cuisse droite.	24 — (vann.-ch.).
M. Augustin....	44 —	Ouvrier agricole.	Crises épileptiformes.	38 — (vannier).
J. Antoine	23 —	Mineur.	Fracture jambe gauche.	12 — (chaisier).
L. Marcel	21 —	Sans profession.	Paralysie des membres inf.	31 — (vann.-ch.).
MENUISIERS				
T. Antoine.....	38 ans.	Bovier.	Amputation cuisse droite.	20 mois.
V. Robert.....	20 —	Cultivateur.	Blessure à l'abdomen par balle de carabine.	23 —
TAILLEURS				
C. J.-B.	34 ans.	Garçon de course.	Amputation cuisse droite.	24 mois.
H. René.....	24 —	Bûcheron.	Amputation cuisse gauche.	23 —
D. Jean	20 —	Sans profession.	Coxalgie gauche.	28 —
P. Paul	30 —	Cultivateur.	Troubl s pulmonaires.	34 —
COIFFEURS				
S. Henri.....	38 ans.	Plombier.	Hypoacousie bilatérale.	7 mois.
M. R.....	27 —	Ouvrier d'entretien.	Amputation du pied gauche.	13 —
M. Robert.....	22 —	Cultivateur.	Ankylose du poignet gauche.	15 —
R. Yves.....	23 —	Sans profession.	Amputation jambe droite.	20 —
RELIEURS				
G. Maurice.....	39 ans.	Employé.	Psychopathie chronique.	26 mois.
E. J.....	43 —	Maçon.	Ulcère de l'estomac.	14 —
S. Ulysse.....	43 —	Camionneur.	Désarticulation hanche gauche.	26 —
MÉCANICIENS-AUTO				
L. Lucien	18 ans.	Écolier.	Fracture de l'avant-bras droit.	31 mois.
C. René.....	23 —	Papetier.	Amputation part. de la main.	25 —
G. Léon.....	26 —	Aide-mécanicien.	Fracture jambe gauche.	19 —
FERBLANTIERS-ÉTAMEURS				
M. J.-M.....	20 ans.	Roulier.	Paralysie inf. du côté droit.	28 mois.
S. Bernard.....	19 —	Sans profession.	Coxalgie droite.	28 —
L. Pierre.....	49 —	Cultivateur.	Astragalectomie gauche.	20 —
ÉLECTRICIENS				
B. Jean	24 ans.	Ajusteur.	Ankylose du genou gauche.	14 mois.
D. Antoine.....	33 —	Menuisier.	Réséction épaule droite.	16 —
RADIO-ÉLECTRICIENS				
E. René.....	25 ans.	Electricien.	Fract. radius g. et jambe dr.	25 mois.
G. Henri	21 —	Sans profession.	Paralysie infantile jambe g.	24 —
T. Lucien	34 —	Man. spécialisé.	Ankylose partielle du genou.	20 —

CHAPITRE VI

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE DANS LE CADRE DES ASSURANCES SOCIALES

Il est bien entendu que nous resterons, pour cette question, dans le domaine de l'assurance-invalidité, qui nous intéresse. Des études générales ont été publiées intéressant la lutte contre la tuberculose dans le cadre des assurances sociales, et, sans aller chercher les ouvrages étrangers (surtout italiens et allemands), nous trouvons en France des travaux très documentés, tels la thèse de Godard (Paris, 1931), l'étude du Professeur agrégé Gernez, de Lille, dans le *Paris médical* du 18 novembre 1933, les études partielles présentées dans le *Médecin de France*, le *Médecin-Conseil*, la *Revue de phthisiologie médico-sociale*, et bien d'autres travaux encore, que nous ne pouvons tous nommer... Le plan de notre étude est facile à poser : nous examinerons tout d'abord quel était l'armement antituberculeux français avant la loi des assurances sociales, puis, en nous efforçant de rester dans le cadre du risque invalidité, nous montrerons ce qu'il peut devenir si un accord général est réalisé entre ces deux moyens de lutte.

Principes de la lutte antituberculeuse.

C'est ainsi que le Professeur agrégé Gernez commençait, à juste titre, son long article; nous ne pourrions évidemment mieux faire, et nous préférons résumer ici cette partie de son travail : ces principes sont envisagés pour trois circonstances :

a) *En ce qui concerne le diagnostic*, deux faits essentiels :

— la radiologie est indispensable au diagnostic phthisiologique;

— les examens bactériologiques répétés, avec homogénéisation ou inoculation de l'expectoration au cobaye aussi indispensable. De plus, il peut être intéressant de leur associer certaines recherches complémentaires : sédimentation globulaire, réactions de Vernes (utiles pour apprécier l'activité des lésions) et, surtout, cuti-réactions tuberculiniques, indispensables souvent au diagnostic de la tuberculose chez l'enfant.

b) *En ce qui concerne le traitement* :

1° Il faut soigner le tuberculeux le plus précocement possible : quelques semaines perdues peuvent faire d'un malade un incurable;

2° Les méthodes collapsothérapeutiques ont bouleversé le traitement de la tuberculose pulmonaire, s'ajoutant à la cure hygiénodiététique et aux sels d'or.

Mais ces méthodes (pneumothorax simple ou double, alcoo-lisation ou exérèse du phrénique, apicolyse, thoracoplastie, plombages, pneumolyse extra-pleurale, section de brides par la méthode de Jacobaeus) demandent à être appliquées précocement et avec discernement.

Il y a un intérêt capital à ce que le malade soit adressé, sans délai, dans un centre spécialisé, où, après une mise en observation plus ou moins longue, une décision sera prise sur le mode de traitement le plus approprié.

c) *En ce qui concerne la prophylaxie* .

Les idées se sont également modifiées.

La contagion demeure, pour tous, le facteur prépondérant de la diffusion de la maladie. C'est elle qui, chez le sujet neuf, non allergique, chez l'enfant et surtout chez le nourrisson, joue un rôle capital dans l'éclosion de la tuberculose.

Il y a le plus grand intérêt à soustraire l'enfant le plus vite possible à la contagion et à prévenir le développement de la tuberculose infantile par la vaccination par le B. C.-G.

Et le Professeur Gernez en tire les directives générales suivantes :

Pour être rationnellement conduite, la lutte antituberculeuse devra disposer :

1° De moyens de diagnostic précoce : ce sont les *dispensaires*.

2° De moyens de traitement précoce : *centres de cure*, dotés de perfectionnements les plus modernes, dans lesquels il soit possible d'hospitaliser *rapidement* les malades et de les traiter immédiatement selon les méthodes appropriées à leur cas.

Donc (Prof. Leclercq), ces centres de cure doivent être à la fois des centres de placement immédiat (prophylaxie), des établissements de traitement avec service chirurgical important et des organismes de triage et sélection.

3° De moyens de prophylaxie précoce :

Enfants : B. C.-G., isolement rapide de l'enfant ;

OEuvre de placement des Tout Petits. OEuvre Grancher, préventoria, jardins d'enfants, inspection des écoles, etc.

Adultes : Visites préventives, dispensaires, préventoria, œuvres postsanatoriales.

L'armement antituberculeux français.

La lutte antituberculeuse était depuis longtemps déjà établie dans nombre de pays voisins de la France que celle-ci ne possédait pas encore le moindre élément d'organisation dans ce sens. C'est dès le début de la guerre que, par suite de l'examen systématique des adultes, d'une part, et de l'envahissement des centres de réforme, d'autre part, que l'on peut se faire une idée de l'étendue des désastres causés par la tuberculose. C'est à partir de ce moment, donc, que, pour ne pas renvoyer dans leurs foyers des réformés évolutifs et conta-

gieux, l'on commença à créer des centres de traitement de la tuberculose : ce furent les comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, réunis en un Comité national sous la présidence de M. Léon Bourgeois.

Alors apparaissent les premiers efforts de l'Etat, avec la loi du 15 avril 1916, sur les dispensaires antituberculeux (loi Léon Bourgeois), puis, la loi du 7 septembre 1919, sur les sanatoria (loi Honnorat).

Nous reçûmes aussi, dès 1917, un appui précieux avec la mission Rockefeller. Enfin, la guerre achevée, le 4 août 1919, le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux prit le nom de *Comité national de défense contre la Tuberculose*.

Il n'entre pas dans le cadre de notre étude d'examiner un à un et dans leurs détails les divers organismes qui, depuis lors, ont engagé la lutte antituberculeuse avec opiniâtreté, sinon avec d'encourageants résultats. Nous en donnerons une simple énumération, susceptible cependant de rappeler la constitution de la charpente de notre organisation antituberculeuse :

a) *Le Comité national*, organisme officieux, mais qui dirige pratiquement toute cette lutte. Il sert surtout à la liaison entre pouvoirs publics, œuvres privées, syndicats médicaux.

b) *Les organisations départementales*. — Il en est deux :
— *l'Office départemental d'hygiène sociale*, sous la direction du préfet, créant des dispensaires, des établissements de cure, et collaborant aux œuvres privées;

— puis, le *Comité départemental*, de création plus récente, association privée se proposant le même but que l'Office départemental et affiliée au Comité national.

c) *Les dispensaires*, créés par les organisations départementales, et dont le but est l'éducation antituberculeuse, le dépistage des malades, et leur orientation vers les divers établissements de cure.

Ils sont de plusieurs ordres :

— *dispensaires publics*, dont l'entretien et le fonction-

nement sont assurés grâce aux fonds des villes, départements et même de l'Etat;

— *dispensaires privés*, qui ne peuvent recevoir ces mêmes subventions que s'ils sont reconnus d'intérêt public.

— *dispensaires d'administration ou établissements publics*, enfin, prévus par la loi (dispensaire d'hygiène sociale de la Seine), soumis à l'autorité préfectorale et dont la caisse est alimentée par les fonds du département. Ils ne peuvent recevoir de dons.

d) Les *sanatoriums*, établissements de cure, qui nécessitent, pour fonctionner, des dépenses considérables de la part des œuvres privées ou publiques qui les ont édifiés. C'est pour cette raison que l'on en compte encore si peu en France (97). Godard rapporte, dans sa thèse, qu'on peut évaluer à 100.000 par an le nombre des décès par tuberculose. Or, nous ne possédons que 30.000 lits pour tuberculeux pulmonaires : nous sommes donc, en effet, bien loin de la règle qui demande un lit par décès...

Il va sans dire que l'on envisage des mesures de grande envergure pour pallier à cette déficience.

e) Les *œuvres de préservation de l'enfance*. — Ce sont :

— *les œuvres de placement familial et les préventoriums*;

— *le Placement Familial des Tout Petits*, qui s'occupe de prophylaxie anténatale;

— *l'Œuvre Grancher*, qui s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans. C'est dans ces œuvres de préservation de l'enfance que nous trouvons, d'ailleurs, la récompense des efforts fournis, car les résultats obtenus par elles sont réellement probants.

Nous laissons entendre, au début de ce paragraphe, que les résultats obtenus par la lutte antituberculeuse actuelle ne réalisaient pas tous les espoirs... et, en effet, malgré la baisse assez nette du nombre de décès par tuberculose, « la France se classe dans les pays à mortalité élevée, puisqu'elle était encore de 17,9 pour 10.000 habitants en 1926, contre 15 en Italie, 11,8 en Allemagne, 10,4 en Angleterre, et 9,2 au Danemark » (Godard).

Voilà quel était, jusqu'au 1^{er} octobre 1930, date de la mise en application de la loi sur les assurances sociales, l'armement antituberculeux de notre pays.

Or, les assurances sociales fonctionnent, en Allemagne, depuis 1883, en Suisse depuis 1899, en Angleterre depuis 1908, en Italie depuis 1912, en Suède depuis 1915, en U.R.S.S. depuis la guerre. Faut-il faire entrer ces considérations dans la comparaison des pourcentages de mortalité de ces pays avec celui du nôtre ? Il semble bien, en effet, que ce facteur n'y est pas étranger, et il est un cas que personne ne discute, c'est pourquoi nous le citons en exemple : celui de l'Allemagne, dont l'armement antituberculeux a été considérablement renforcé et étendu depuis la naissance des assurances sociales. Notons d'ailleurs que, seule, l'assurance-invalidité y est qualifiée pour se livrer à cette lutte antituberculeuse.

La lutte contre la tuberculose dans le cadre des assurances sociales.

Nous nous sommes promis, dès le début, de rester dans le domaine de l'assurance-invalidité. Ceci nous sera chose facile car, au regard des assurances sociales, la tuberculose est bien plus du ressort de l'invalidité que de la maladie. Nous allons tout de suite nous en rendre compte :

a) *La lutte dans l'assurance-maladie.*

Certes, elle existe, cette lutte, elle est même très active, mais ne répond-elle pas, au fond, à ce désir de prévention qui s'affirme de plus en plus, à mesure que la pratique subit une évolution tous les jours plus marquée en ce sens ?

Le législateur n'a pas, du premier jet, donné à la loi le cachet d'une vaste organisation de médecine sociale. Peut-être a-t-il eu raison de rester aussi timide dans un pays qui, quoi qu'on puisse penser, n'aime pas les révolutions, quelles qu'elles soient.

Godard fait remarquer, à ce propos, le contraste entre cette timidité de notre législation et l'audace de conception contenue dans l'article 161 de la *Constitution du Reich* de 1919 :

« Le Reich créera une vaste organisation d'assurances sociales dans la gestion de laquelle des assurés eux-mêmes joueront un rôle prépondérant, et qui aura pour objet de protéger la santé, de maintenir la capacité de travail, de protéger la maternité et d'assurer la prévoyance pour parer aux conséquences économiques, de la vieillesse, de la faiblesse et des vicissitudes de la vie. »

Chez nous, la progression se fera étape par étape, mais il n'est pas douteux que l'aboutissant de cette évolution sera l'avènement d'une médecine sociale que certains soubresauts tendent encore à écarter, mais qui, par la force même des choses, nous apparaît, sans que nous prenions parti pour ou contre, comme la médecine de l'avenir.

Revenons-en, après ce regard vers le futur, à la lutte antituberculeuse actuelle, telle qu'elle existe dans l'assurance-maladie.

Nous savons déjà, par tous les ouvrages publiés à ce sujet, que les Caisses-maladie ont, dès le début, pris contact avec les organismes particulièrement équipés pour le dépistage de la tuberculose. Elles y envoient donc leurs assurés suspects, ce qui ne peut que favoriser, par l'établissement de diagnostics précoces, la possibilité de multiplier les moyens thérapeutiques les plus modernes et les plus efficaces pour tendre, non seulement à empêcher l'installation d'invalidités, mais surtout dans un but de prophylaxie dont l'importance est, ont le sait, de tout premier plan.

Ces caisses passent d'ordinaire, avec les établissements de lutte antituberculeuse, des contrats dans lesquels sont prévus les tarifs que paieront ces caisses pour leurs assurés.

Il est toutefois un problème auquel se sont attachés plus particulièrement médecins et pouvoirs publics : c'est celui de la *cure libre*. Les prestations maladie permettent, en effet, au malade de se soigner à domicile; on ne peut lui imposer

une hospitalisation ou l'envoi dans un établissement de cure. C'est ainsi que les malades se promènent, tant à la ville qu'à la campagne, disséminant autour d'eux les germes de la terrible affection. Leur contrôle est évidemment très difficile et, d'ailleurs, n'enraye en rien la contagion. Fort heureusement, les pouvoirs publics, alarmés par le Corps médical et les organisations antituberculeuses, se sont émus, et, le 3 janvier 1934, paraissait la circulaire que nous reproduisons, et qui donne, du moins dans son ensemble, une solution heureuse au problème :

CIRCULAIRE DU 3 JANVIER 1934

DU MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE
ET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

(Service de coordination.)

*Le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale
et le Ministre de la Santé Publique, à Messieurs
les Préfets.*

Depuis plusieurs mois, notre attention a été appelée, tant par le Comité national de défense contre la Tuberculose que par l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne et par la Caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, sur le grave danger que faisait courir à l'état sanitaire des départements l'envoi en cure libre hors Paris des assurés sociaux suspects ou atteints de tuberculose.

Il nous est apparu ainsi indispensable de prévoir des mesures appropriées pour éviter les risques de contamination et faciliter aux malades la continuation des examens et des soins que nécessite leur état.

A cet effet, nous avons, d'un commun accord, pris les dispositions suivantes, dont nous recommandons de la manière la plus pressante, dans l'intérêt de la santé publique et des assurés eux-mêmes, la stricte et immédiate application, tant par les Caisses d'assurances sociales que par les organismes départementaux d'hygiène sociale.

Dorénavant, et conformément d'ailleurs au règlement-type des

Caisses d'assurances sociales, aucun assuré social suspect ou atteint de tuberculose ne devra être autorisé à se rendre en cure libre sans que les conditions de son séjour aient été complètement étudiées par le contrôle médical de la Caisse à laquelle il appartient. Cette Caisse pourra, à sa convenance, le mettre en subsistance dans une Caisse correspondante, et toutes initiatives nécessaires lui appartiendront à cet égard.

Copie de la demande de mise en subsistance devra être adressée en même temps au préfet du département où l'assuré suspect ou atteint de tuberculose se rend en cure libre. Au cas où la Caisse d'origine conserve la charge directe du malade, elle devra aviser sans délai ledit préfet de l'autorisation accordée.

Il vous appartiendra, à votre tour, d'en saisir sur-le-champ le médecin chef du dispensaire dans la circonscription duquel sera située la résidence du malade, qui, dès ce moment, sera placé sous le contrôle médical exclusif et obligatoire de ce praticien. Il va de soi que le contrôle médical exercé par le médecin chef du dispensaire d'hygiène sociale n'empêchera nullement le malade de choisir comme médecin traitant le praticien qui lui agréera. Cette liberté sera d'autant plus entière que les médecins des dispensaires n'ont le droit, ni de rédiger des ordonnances, ni de prescrire des traitements.

Afin de bien préciser l'importance de cette obligation et son impérieuse nécessité, il convient de se reporter à l'article 7, § 2, de la loi du 30 avril 1930, qui stipule que : « Tout bénéficiaire de l'assurance-maladie doit se prêter au contrôle institué par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut, toutefois, exiger qu'il s'effectue en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues, et notification en est faite à l'intéressé. »

En outre, l'article 25, §§ 2 et 3, du règlement d'administration publique du 25 juillet 1930, en même temps qu'il définit les fonctions des médecins contrôleurs, précise que : « Les visiteurs et dames visiteuses (en l'espèce : infirmière visiteuse d'hygiène sociale) peuvent, en outre, être chargés de s'enquérir des conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les assurés sociaux malades, leur dispenser les prestations en argent et leur apporter un concours moral. »

Il résulte donc de ces textes législatifs, ainsi que de l'accord intervenu entre nos deux départements ministériels, que les orga-

nismes départementaux d'hygiène sociale sont pleinement qualifiés pour exercer la surveillance et le contrôle médical des assurés sociaux, par délégation des Caisses intéressées. Il en résulte aussi, par voie de conséquence, que les assurés sociaux dont il s'agit devront, pour bénéficier des prestations, dont le montant et la durée sont fixées par la loi, justifier obligatoirement, pendant cette durée, de leur inscription et de leur fréquentation régulière des consultations du dispensaire d'hygiène sociale le plus voisin de leur résidence, sous peine de se rendre passibles des sanctions prévues au paragraphe 2 de l'article 7 de la loi du 30 avril 1930.

Un état ministériel devra vous être adressé, ainsi qu'à la Caisse primaire à laquelle appartient réglementairement le malade, afin que celle-ci soit certaine que l'assuré social se conforme exactement aux prescriptions ci-dessus indiquées.

Pour rémunérer les organismes d'hygiène sociale de leur prise en charge des assurés sociaux fréquentant leurs consultations, les Caisses de la région parisienne ont accepté de verser à ces organismes une indemnité forfaitaire de 10 francs par mois et par assuré social visité. Nous estimons qu'il y aurait le plus grand intérêt à ce que cette mesure fût généralisée, et nous vous prions d'en recommander l'adoption aux Caisses intéressées.

J'ajoute qu'il serait indispensable que, dans les sommes ainsi versées, une discrimination fût faite en faveur des médecins et des infirmières visiteuses auxquels ce travail supplémentaire serait demandé, le surplus pouvant être utilisé à l'amélioration des aménagements actuels des dispensaires.

Vous voudrez bien nous accuser réception, sous ces timbres, de la présente circulaire.

*Le Ministre du Travail
et de la Prévoyance Sociale,*

(Signé) LAMOUREUX.

*Le Ministre
de la Santé Publique,*

(Signé) Alexandre ISRAËL.

Nous avons vu plus haut que le dépistage des tuberculeux devient méthodique, mais nous savons que, pour pouvoir mettre en œuvre tous les moyens d'enrayer le mal, il va falloir faire appel à la prévention. Dès lors, ne sommes-nous pas dans le domaine de l'assurance-invalidité ?

b) *La lutte dans l'assurance-invalidité.*

Les prestations au titre de la prévention prennent évidemment fin avec les six mois réglementaires de la maladie. A ce moment, ou bien l'assuré est remis sur pied et peut reprendre son travail, ou bien il est encore malade et dans l'impossibilité de travailler. Alors se pose une question capitale : *comment évaluer le degré de l'invalidité du tuberculeux pulmonaire ?*

Voici comment le Professeur agrégé Gernez y répond dans son étude parue dans le *Paris médical* du 18 novembre 1933 :

« Dans l'arrêté du 5 août 1933, il est dit que le degré d'invalidité sera estimé provisoirement d'après le barème annexé à cet arrêté, et que, pour des affections non visées par le barème, on se basera sur le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919, sur les soins aux infirmes et malades de la guerre.

» Dans l'arrêté du 5 août 1933, la tuberculose pulmonaire figure parmi les maladies entraînant une incapacité égale au moins aux deux tiers. Il n'y est pas spécifié s'il s'agit de tuberculose pulmonaire active ou non. Force est donc de s'inspirer de la loi du 31 mars 1919.

» Celle-ci distingue des cas légers (10 à 30 p. 100), des cas moyens (30 p. 100 à 70 p. 100), des cas avancés ou tuberculose cavitaire (70 à 90 p. 100). Le décret d'août 1924 estime, d'autre part, que le taux de 100 p. 100 doit être attribué dans les trois éventualités suivantes :

- » — signes cliniques nets de tuberculose et bacille de Koch dans les crachats;
- » — signes cliniques discrets ou même momentanément absents avec bacille de Koch dans l'expectoration;
- » — signes cliniques certains sans bacille de Koch dans l'expectoration.

» Il semble qu'il faille être assez large dans l'estimation de l'invalidité des tuberculeux : il y a intérêt pour les Caisses à s'assurer d'une guérison définitive par le repos et le traitement prolongé. Si la tuberculose est active avec expectoration de bacille de Koch d'une façon intermittente, il faut accorder l'invalidité.

Même en cas de pneumothorax efficace, le traitement doit être poursuivi pendant deux ou trois ans au minimum.

» Ce n'est que si l'état général est excellent, l'apyrexie complète, l'expectoration non bacillifère depuis six mois au moins, que l'on pourrait envisager une diminution de l'invalidité à un taux inférieur aux deux tiers.

» L'assuré peut, d'ailleurs, dans les quinze jours, contester la décision prise au sujet du taux de son invalidité devant la Commission technique. Il est souhaitable que le troisième médecin soit un phtisiologue spécialisé. Celui-ci pourrait, d'ailleurs, dans les cas difficiles, proposer l'hospitalisation temporaire du malade dans un centre de cure pour mise en observation plus complète.

» Rappelons enfin que tout pensionné d'invalidité qui travaille peut être soumis par la Caisse à une expertise médicale en vue de l'appréciation de la capacité qui lui reste effectivement. Si celle-ci devient supérieure à 50 p. 100, la pension d'invalidité est supprimée. »

Traitement des tuberculeux assurés sociaux.

Deux cas sont à envisager à la fin des six mois de maladie :
ou l'assuré n'est pas en règle, du fait de ses cotisations,
pour passer à l'assurance-invalidité;
ou l'assuré est candidat régulier à une pension d'invalidité.

Dans le premier cas, il faudra songer à remettre le malade à l'Assistance publique.

Dans le second cas, nous avons à envisager tout ce qui a pu être fait au malade depuis la certitude du diagnostic et, par suite, depuis l'entrée en jeu des mesures de prévention dont il aura été l'objet :

Tout d'abord, le médecin traitant aura à conférer avec les médecins-conseils des caisses, afin de s'entendre avec eux sur la meilleure thérapeutique à appliquer à son client. L'accord, malheureusement, ne se fait pas toujours. Le mieux est alors de porter le différend devant la Commission technique, en espérant que le troisième médecin, désigné par le juge du Tribunal civil, sera un expert phtisiologue.

L'accord étant enfin réalisé entre caisses et médecin traitant, il faut ensuite faire part au malade des dispositions thérapeutiques que l'on pense prendre à son égard.

Or, la loi française n'autorise pas les caisses à imposer tels ou tels soins à l'assuré, et celui-ci peut parfaitement refuser une cure sanatoriale, une intervention chirurgicale, un pneumothorax.

En Allemagne, la loi est plus rigoureuse :

« Si un malade, sans un motif légal ou sans motif autrement valable, refuse de se laisser traiter et si l'on peut estimer avec vraisemblance que le traitement empêcherait l'invalidité, la pension peut être temporairement retirée, en tout ou en partie, après que le malade a été avisé de cette conséquence. »

En France, nous venons de le voir, le malade choisit lui-même son mode de traitement, ce qui, du point de vue de la liberté individuelle, est parfaitement normal, mais aussi ce qui, du point de vue médical et, pour voir plus loin, du point de vue de la lutte antituberculeuse, est une énorme faute.

Toutefois, il est bien évident que les caisses sont à même de ne pas engager pour cet assuré récalcitrant des dépenses aussi élevées qu'au cas où leurs directives eussent été acceptées.

Supposons, à présent, l'assuré titulaire de sa pension d'invalidité : bien qu'il ait droit aux soins médicaux et pharmaceutiques, il est net que sa pension est insuffisante pour lui permettre de se soigner dans de bonnes conditions. Il sera alors amené à demander son hospitalisation dans un établissement spécialisé. D'ordinaire, et surtout dans les cas curables, les caisses accordent cette hospitalisation, qui doit évidemment faire cesser, dans un délai plus rapproché, l'état d'invalidité.

La prophylaxie. Les dispensaires.

Le Professeur agrégé Gernez rappelle qu' « en Allemagne, de 1897 à 1924, le tiers des personnes traitées par l'assurance-invalidité étaient des tuberculeux : plus de 50 p. 100 de l'argent dépensé pendant cette période l'a été pour les tuberculeux.

» La politique de prophylaxie de la tuberculose est inscrite dans la loi allemande du 28 juillet 1923. Le Gouvernement du Reich peut édicter des mesures générales que les assurances doivent prendre en vue d'éviter l'incapacité professionnelle ou d'améliorer l'état sanitaire des assurés. En Thuringe, l'assurance-invalidité paie 20 p. 100 de ce que coûtent les infirmières visiteuses des dispensaires et communes. »

L'évolution commence à se faire dans ce sens chez nous. On peut s'en rendre compte quand le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale s'exprime, dans une circulaire relative à la prévention (3 sept. 1931) de la manière suivante :

« Le dispensaire d'hygiène sociale est la cheville ouvrière de la lutte antituberculeuse...

» Quand les dispensaires sont viables et d'une valeur technique suffisante, les institutions d'assurances sociales ont intérêt à renforcer et à compléter leur action. »

Ceci a été compris de différentes manières, et il existe, à présent, des dispensaires ou des organismes complétant ceux-ci et créés par les caisses.

D'autres caisses ont une participation directe à la gestion de certains dispensaires.

Ainsi que nous l'avons vu au début, il existe de nombreux contrats passés entre les caisses. Les modèles en sont très variés, c'est pourquoi nous n'en reproduisons pas.

Enfin, la prophylaxie doit être étendue par les caisses d'assurances, qui ne doivent pas hésiter à créer, selon leurs ressources budgétaires, tous établissements de prophylaxie de l'enfance et de l'âge adulte : préventoriums, jardins d'enfants, œuvres postsanatoriales, et toutes mesures nécessaires telles que visites de santé, vaccination.

Afin de réunir les efforts dispersés, le ministre du Travail a institué, en 1932, une commission des assurances et des services d'hygiène et d'assistance publique.

Un projet d'organisation d'ensemble est d'ailleurs à l'étude (projet Legros), basé sur une centralisation des efforts dans le cadre du département. Cette organisation serait calquée sur le système anglais.

Le Professeur agrégé Gernez terminait ainsi son travail sur cette lutte antituberculeuse :

« Par cette coordination d'efforts, la loi des assurances sociales, qui couvre les risques invalidité et vieillesse pour près de 10 millions de personnes, pourrait, malgré quelques imperfections, apporter à la lutte antituberculeuse un appoint considérable et contribuer à réduire, dans de notables proportions, le taux si élevé encore en France de la morbidité et de la mortalité par tuberculose. N'oublions pas que cette maladie cause au moins la mort de 80.000 Français par an et qu'elle nous coûte, d'après les statistiques récentes de Brouardel et Arnaud, une quinzaine de milliards chaque année. »

C'est pourquoi nous terminerons en émettant le vœu que, suivant l'exemple des pays qui nous ont devancés, nous poursuivions parallèlement le développement de la prophylaxie antituberculeuse et la protection des populations contre les risques sociaux, le tout dans le cadre toujours plus développé de la loi des assurances sociales.

CHAPITRE VII

LE DOSSIER D'INVALIDITÉ

Chaque assuré possède, à la Caisse-maladie, un dossier composé d'une partie administrative, et d'une partie médicale sur laquelle sont reproduites les dates des diverses interventions du médecin, les prestations qui ont suivi, ainsi que toutes les mesures de prévention qui ont pu être prises.

Ce dossier n'est, en somme, que la charpente sur laquelle vont venir se greffer toutes les autres pièces nécessaires pour former un dossier d'invalidité complet.

Imaginons un malade qui arrive au terme de ses six mois de maladie et dont la capacité de travail reste inférieure à un tiers. Il va falloir qu'il dépose une demande de pension.

Celle-ci devra comprendre :

1° Sa carte d'immatriculation dans l'assurance obligatoire;
2° Un certificat de son médecin traitant, établi sur une formule conforme au modèle officiel, attestant que l'affection dont est atteint l'assuré réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail; nous en reproduisons le modèle;

3° Un extrait de son acte de naissance;

4° S'il a des charges de famille au sens de l'article 20 de la loi des assurances sociales, un extrait de l'acte de naissance de chacun des enfants à sa charge;

5° Le cas échéant, le titre en vertu duquel il bénéficie d'une rente d'accident du travail, ou le titre de pension militaire dont il est titulaire, son livret militaire ou les certificats en tenant lieu.

D'autre part, il doit déclarer s'il bénéficie ou non d'un salaire ou d'un revenu résultant de son travail, et, dans l'affirmative, il indique, outre la salaire perçu au cours du trimestre précédant la maladie ou l'accident, le montant de son nouveau salaire ou revenu, et, éventuellement, le nom et l'adresse de son employeur.

Ceci fait, c'est l'assuré lui-même qui doit faire parvenir sa demande à la Caisse-maladie. Là, les vérifications seront faites que l'assuré réunit bien les conditions nécessaires pour déposer cette demande, c'est-à-dire 480 cotisations dans les deux années précédant le début de la maladie.

Nous devons, à ce propos, ouvrir une parenthèse : le début de la maladie signifie, au regard de l'assurance-invalidité, la première constatation médicale. Si celle-ci est facile lorsqu'il s'agit d'accouchements, d'accidents ou de maladies à début brusque, il est d'autres cas où le médecin traitant, se basant sur les anamnestiques de son client, fera remonter le début de la maladie à ses premiers symptômes et l'inscrira ainsi sur son certificat. Il faut que le praticien soit au courant de ce point de la loi pour éviter aux caisses d'avoir à faire des vérifications supplémentaires.

De nombreuses discussions ont eu, d'ailleurs, pour sujet cette interprétation du « début de la maladie ». Mais il faut bien s'en rapporter à une base qui, ici, sera toujours la première constatation médicale, comme, ailleurs, nous trouvons les chiffres arbitraires des 66 p. 100, des six catégories d'assurés, etc.

Nous devons toutefois attirer l'attention sur le fait que la date du début de la maladie a une grosse importance lorsqu'elle se trouve aux environs immédiats de la 60^e année de l'assuré : il faut alors la déterminer avec une rigoureuse exactitude. En voici la raison :

Beaucoup d'assurés âgés s'efforcent d'obtenir une pension d'invalidité dont le taux est pour eux beaucoup plus avantageux que celui d'une pension de retraite. Nous avons là une source d'abus qu'il n'est pas toujours facile d'éviter, et

qui, fort heureusement, est tarie par des textes de la loi sur la loi des assurances sociales, en particulier le paragraphe 1^{er} de l'article 3. Toutefois, les juridictions diverses n'ont pas encore toutes affirmé ce fait que l'assuré de 60 ans n'a plus droit à la pension d'invalidité.

Très souvent tout ce travail de vérification n'est pas fait par la Caisse-maladie, et la Caisse-invalidité se trouve saisie de dossiers non réglementaires. Il en résulte une perte de temps préjudiciable à la bonne marche de ces organismes.

Ceci est la partie administrative du dossier. La partie prépondérante, en ce qui concerne le point de vue médical, est constituée, non par le certificat du médecin traitant, qui est d'ordinaire trop succinct, mais par l'observation médicale du médecin contrôleur de la Caisse-maladie.

Cette observation, d'autant plus intéressante que l'entente avec le médecin traitant l'aura, par de nouveaux renseignements, rendue plus complète, sera, en somme, la pièce sur laquelle le médecin-conseil de la Caisse-invalidité va se baser pour donner son avis :

Nous reproduisons *in extenso* (p. 127 et s.), la feuille réglementaire sur laquelle le médecin contrôleur maladie devra transcrire son observation et ses conclusions.

Toutefois, il est des cas, assez rares d'ailleurs, où les deux premiers avis médicaux sont contradictoires.

Devant ce fait, comment va se comporter le médecin-conseil de la Caisse-invalidité ?

Il est prévu qu'il peut lui-même convoquer l'assuré pour se rendre compte de son degré d'invalidité. Cela ne se fait, en général, qu'assez peu souvent. Le médecin-conseil préfère ordonner une nouvelle expertise : il s'arrangera pour que l'expert choisi soit absolument impartial vis-à-vis des deux parties et qu'il possède, d'autre part, une autorité unanimement reconnue, cela afin que sa décision n'entraîne pas de protestations, ni de recours aux juridictions prévues en pareil cas, ce qui est toujours onéreux pour les caisses.

C'est donc, en général, « sur pièces » que jugera le médecin-

conseil-invalidité. Ceci fait, il établira son rapport, reprenant avec netteté et concision l'histoire du malade. Il terminera en donnant son avis motivé sur le droit à pension ou non de l'assuré.

Ce rapport est présenté au Conseil d'administration de la Caisse-invalidité, puis tout le dossier est expédié, du moins jusqu'au 1^{er} avril 1937, au Contrôle médical de la Caisse générale de garantie, qui donne, à son tour, son avis.

Nous savons que, pendant l'instruction de son dossier d'invalidité, l'assuré continue à recevoir les soins que nécessite son état.

Afin de donner une idée du travail que peut nécessiter le calcul des pensions d'invalidité, fait sur une grande échelle, nous reproduisons le schéma des opérations qui doivent se répéter pour chaque octroi de pension.

CALCUL DES PENSIONS

A. *Base du calcul.* — Salaire annuel, moyen de base = S. Le salaire moyen correspond au salaire annuel de base de chaque catégorie multiplié par le nombre d'années passé par l'assuré dans la même catégorie, le total étant divisé par le nombre total d'années dont il est tenu compte.

Il n'est tenu compte que des années de versements correspondant à 240 cotisations journalières et comprises :

- a) avant l'âge de 16 ans si l'assuré n'a pas atteint cet âge;
- b) après l'âge de 16 ans s'il l'a dépassé.

Le salaire annuel de base est de :

- 1.800 francs pour la première catégorie;
- 3.600 francs pour la deuxième catégorie;
- 5.400 francs pour la troisième catégorie;
- 7.200 francs pour la quatrième catégorie;
- 10.800 francs pour la cinquième catégorie.

B. *Taux normal de la pension.* — Taux normal = T.

$$T = \frac{s \times 4}{10}.$$

C. *Taux effectif de la pension.* — Assurés affiliés :

1° Avant l'âge de 30 ans :

- a) ayant cotisé pendant moins de trente ans :

$$P = T - \left(\frac{T}{30} \times N \right)$$

- b) ayant cotisé pendant trente ans :

$$P = T$$

- c) ayant cotisé pendant plus de trente ans :

$$P = T - \left(\frac{S}{100} \times M \right)$$

2° Après l'âge de 30 ans :

- a) ayant cotisé moins de six ans :

$$P = T - \left(\frac{T}{30} \times L \right) - \left(\frac{T}{30} \times N \right).$$

Minimum : pour deux ans de versements : 600 francs.

Minimum : pour trois ans de versements : 700 francs.

Minimum : pour quatre ans de versements : 800 francs.

Minimum : pour cinq ans de versements : 900 francs.

Maximum :

$$\frac{S \times 2}{3}$$

b) ayant cotisé de six à trente ans :

$$P = T - \left(\frac{T}{30} \times L \right) - \left(\frac{T}{30} \times N \right).$$

Minimum : 1.000 francs.

c) ayant cotisé trente ans ou plus :

$$P = T$$

L = nombre d'années (ou fraction) comprises entre 30 ans et l'âge d'affiliation;

M = nombre d'années de versements en sus de trente avec un maximum de dix;

N = nombre d'années pendant lesquelles les versements ont été interrompus.

Dans tous les cas :

Déduire de la pension :

Les pensions d'invalidité militaire;

Les rentes d'accident du travail;

Ajouter à la pension :

100 francs pour chaque enfant à charge.

PENSIONS D'INVALIDITÉ.

*Assurés affiliés de 30 ans à 55 ans
ayant effectué de deux à six années de versements.*

Age à l'entrée.	Années de versements	Catégories.				
		I	II	III	IV	V
30 ans	6	1.000	1.392	2.088	2.784	4.176
	5	900	1.392	2.088	2.784	4.176
	4	800	1.392	2.088	2.784	4.176
	3	700	1.392	2.088	2.784	4.176
	2	696	1.392	2.088	2.784	4.176
35 ans	6	1.000	1.452	1.728	2.304	3.456
	5	900	912	1.368	1.824	2.736
	4	800	1.152	1.728	2.304	3.456
	3	700	1.152	1.728	2.304	3.456
	2	600	1.152	1.728	2.304	3.456
40 ans	6	1.000	1.000	1.368	1.824	2.736
	5	900	912	1.268	1.824	2.736
	4	800	912	1.368	1.824	2.736
	3	700	912	1.368	1.824	2.736
	2	600	912	1.368	1.824	2.736
45 ans	6	1.000	1.000	1.008	1.344	2.016
	5	900	900	1.008	1.344	2.016
	4	800	800	1.008	1.344	2.016
	3	700	700	1.008	1.344	2.016
	2	600	672	1.008	1.344	2.016
50 ans	6	1.000	1.000	1.000	1.000	1.296
	5	900	900	900	900	1.296
	4	800	800	800	864	1.296
	3	700	700	700	864	1.296
	2	600	600	618	864	1.296
55 ans	2	900	900	900	900	900
	3	800	800	800	800	800
	4	700	700	700	700	700
	5	600	600	600	600	600

Nom de l'assuré : {
 Désignation de la Caisse Assurance-Maladie {
 Numéro Matricule {

RAPPORT DU MEDECIN CONTROLEUR DE LA CAISSE MALADIE A JOINDRE A LA DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE (1)

Si le médecin contrôleur juge opportun de conserver un caractère confidentiel à ces renseignements médicaux, il pourra mettre cette feuille, ainsi que tous autres documents médicaux complémentaires, sous enveloppe cachetée à l'adresse du médecin contrôleur de la Caisse d'assurance invalidité.

Note générale sur la rédaction de ce rapport :

Cet imprimé n'a pas la forme d'un questionnaire et le médecin doit répondre par « oui » ou par « non », car il est impossible de prévoir la multitude des questions particulières concernant les différentes affections susceptibles de créer des états d'invalidité. C'est seulement un cadre permettant au médecin contrôleur de la Caisse-maladie de classer les renseignements recueillis, sous une forme claire facilitant l'instruction du dossier.

Il importe, avant tout, de bien distinguer les différentes sources d'information du médecin contrôleur, et de mesurer leur valeur.

La **première partie** concerne seulement les déclarations de l'assuré relatives à ses antécédents, à l'histoire de sa maladie, aux troubles pathologiques dont il se plaint actuellement. Ces renseignements sont donnés spontanément par l'assuré ou provoqués par l'interrogatoire du médecin contrôleur.

Dans la **deuxième partie** du certificat sont consignés les renseignements médicaux divers recueillis par le médecin contrôleur non point à la suite de son examen personnel, mais dans des pièces produites par le malade ou recueillies dans le dossier maladie; par exemple : résultats d'examen radiologiques ou de laboratoire, certificats de présence à l'hôpital, titres de réforme militaire, etc. La valeur de ces renseignements dépend de leur origine et de leur date qui seront précisées.

C'est seulement dans la **troisième partie** que le médecin contrôleur de la Caisse-maladie notera les résultats de son examen personnel, en faisant une distinction entre : 1° la description détaillée des lésions et impotences fonctionnelles provoquant l'invalidité; 2° l'état général et les circonstances qui viennent aggraver ou diminuer l'incapacité de travail résultant normalement des lésions principales décrites.

Ces trois premières parties constituent l'observation purement médicale faite sous la forme habituelle de la pratique médicale.

La **quatrième partie** a un caractère médico-légal et sera présentée sous forme de conclusions précises qui tiendront compte à la fois des éléments médicaux et des dispositions réglementaires de la loi sur les assurances sociales.

L'**incapacité de travail** sera évaluée sans tenir compte de la profession de l'assuré, mais seulement de sa capacité physiologique générale de travail. On totalisera non seulement l'impotence fonctionnelle résultant de l'affection, mais toutes celles pouvant exister antérieurement, même si elles ont été indemnisées par ailleurs au titre d'accidents du travail ou de pension militaire. Autant que possible, pour cette évaluation, il sera fait allusion au barème annexé à l'arrêté du 5 août 1933 ou au barème des invalides de guerre qui le complète.

Le **début de l'affection** sera étudié à deux points de vue : d'abord, d'une façon objective purement médicale présumant l'apparition des premiers symptômes cliniques certains; puis, au regard des dispositions réglementaires de l'assurance-maladie qui ont été rappelées dans la circulaire ministérielle du 2 avril 1932. Il y aura lieu notamment de rechercher si l'affection est une maladie nouvelle ou une rechute afin de déterminer la date à retenir pour la première constatation médicale ou pour l'expiration du délai de six mois.

Lorsque les conclusions précises du médecin contrôleur de la Caisse-maladie ne concorderont pas avec celles du médecin traitant, avec l'enquête administrative ou avec les indications portées au dossier comme date de première constatation médicale, le médecin contrôleur sera ressortir et discutera les raisons de cette divergence.

(1) Cette formule réservée au rapport du médecin contrôleur de la Caisse-maladie, à joindre à la demande de pension, ne doit pas être confondue avec la fiche de renseignements, modèle A, destinée à la prévention de l'invalidité.

I. — Déclarations de l'Assuré.

(Antécédents. Histoire de la maladie. Etat actuel.)

II. — Renseignements recueillis auprès de tiers.

(Praticiens. Hôpitaux. Etablissements de cure. Laboratoires, etc.)

Pièces produites par l'assuré ou relevées dans le dossier de maladie.

(Examens de laboratoire. Radios. Certificats.
Observations médicales, etc.)

N.-B. — Indiquer date et origine. Joindre original ou copie de ces pièces.

III. — Examen par le Médecin Contrôleur.

Date de l'examen :

En cas d'hospitalisation ou de résidence lointaine, quand cet examen est pratiqué par un autre médecin, indiquer ses nom et qualité.

a) Description détaillée des **LESIONS ET IMPOTENCES FONCTIONNELLES PRINCIPALES** provoquant l'invalidité.

b) Description de l'**ETAT GENERAL ET DES CIRCONSTANCES** qui viennent aggraver ou diminuer l'incapacité de travail résultant normalement des lésions principales décrites.

IV. — Avis du Médecin Contrôleur de la Caisse-maladie sur l'incapacité de travail.

a) Evaluation du degré d'incapacité de travail.

(En cas de divergence d'opinion avec le médecin traitant, faire ressortir les motifs de cette divergence).

b) Début de l'affection.

Vérifier si la date retenue par le médecin contrôleur avec les indications portées sur le certificat du médecin traitant, ou avec celle de la première constatation médicale indiquée dans le rapport de la Caisse-maladie. Rechercher les raisons des divergences éventuelles.

c) Durée minimum probable de l'incapacité de travail.

(Incapacité définitive ou temporaire. En cas d'incapacité *temporaire*, indiquer à quel moment, dans l'éventualité la plus favorable, la capacité de travail peut être ramenée à 50 p. 100.)

d) Causes particulières de l'incapacité de travail.

(Eventuellement, discuter les rapports de l'affection actuelle avec *accident du travail* ou *maladie professionnelle* ou affection ayant entraîné une *pension militaire*.)

Fait à, le

SIGNATURE :

NOM ET QUALITÉ DU MÉDECIN :

CONCLUSIONS

La mise en pratique des dispositions relatives à l'assurance-invalidité a soulevé, nous l'avons vu, d'importants problèmes d'ordre médical. C'est sur chacun de ces points que nous voulons donner nos conclusions.

1° Il faut que le praticien suive l'évolution qui s'est produite dans l'exercice de la médecine : il est désormais, avant tout, au service d'une collectivité. Espérons par là-même que les syndicats médicaux arrêteront leur action, parfois néfaste, en ce qui concerne la rigidité médicale vis-à-vis du secret professionnel. Il ne s'agit pas d'en supprimer le principe, il faut seulement ne pas en jouer à tort et à travers, dans un but de sécurité souvent peu courageux.

2° L'intervention de la prévention de l'invalidité va, surtout dans l'avenir, amener l'institution des assurances sociales, et plus particulièrement de l'assurance-invalidité, à jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre les fléaux morbides pour le maintien de la santé publique. Là, plus que partout ailleurs, il nous faut souhaiter une collaboration médicale sans réserve.

3° L'évaluation des incapacités de travail, dans le cadre du barème d'août 1933, qui est imposé, offre des difficultés indéniables. Etant donné le nombre des expertises, nombre qui ira encore en augmentant, nous aurons besoin d'un corps de médecins experts possédant à leur plus haut degré les qualités de logique et de prudence, mais qui, surtout, connaîtront à fond le mécanisme de la loi.

4° La Commission technique, sauvegarde des intérêts de l'assuré, est un organisme dont on ne peut guère perfection-

ner que la procédure, car son utilité est avérée et son fonctionnement ne prête jusqu'ici qu'à des éloges.

5° Nous nous sommes appesanti, dans notre étude de l'« avenir des invalides », sur les points gênants de la loi et sur les modifications qu'il convenait de lui apporter. La question de la rééducation est, certes, à retenir, mais sans se laisser aller à des espoirs qui, tous, ne seraient pas réalisés.

6° La collaboration, dans la lutte antituberculeuse, des assurances sociales et des œuvres publiques et privées, doit enfin amener les résultats que l'on n'a pu obtenir jusqu'à présent. Nous avons vu qu'à l'étranger, en Allemagne en particulier, cette lutte avait démontré son efficacité. Nous avons foi en une réussite dont les effets se feront sentir sous peu.

Nous tenons enfin, après avoir remarqué que, malgré bien des manœuvres alarmistes, la loi des assurances sociales fait ses preuves, à demander, pour le cadre de l'assurance-invalidité, un peu plus de souplesse encore dans les dispositions législatives. Il semble impossible de renfermer dans des textes forcément trop rigides des dispositions intéressant toutes les variétés de cas soumis à l'assurance-invalidité.

Quoi qu'il en soit, les divers problèmes soulevés par cette assurance-invalidité sont loin d'être insolubles, et, sous peu, nous espérons enregistrer les premiers résultats d'ensemble d'une institution dont le maintien est, à tous points de vue, souhaitable.

Vu : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. LANDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI (E.). — Guide pratique des assurances sociales. Payot, Paris, 1928.
- Armement antituberculeux français (L')*. Comité national de la défense contre la tuberculose. Librairie Masson et C^{ie}, 1934.
- Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*. Publication de la *Cassa nazionale per le Assicurazioni sociali*, Rome, 1928.
- Assurance obligatoire contre la tuberculose en Italie (L')*. Informations du B. I. T., n° 13, 1927.
- Assurance-invalidité-vieillesse-décès obligatoire (L')*. B. I. T., Genève, série M, Assurances sociales, n° 10.
- BAR (E.). — Rôle du médecin conseil de la Caisse-invalidité dans l'instruction des demandes de pensions. *Médecin conseil*, déc. 1933.
- BEZANÇON (A.). — La loi sur les assurances sociales et les dispensaires d'hygiène sociale. *Revue de phthisiologie médico-sociale*, n° 1, 1928.
- BIONDI (C.). — Le concept médico-légal et économique-social de l'état d'invalidité selon la méthode italienne. *Les Assurances sociales. Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*, sept.-oct. 1933.
- BOUCHER. — Le rôle moral et social du contrôle médical des Assurances sociales. *Médecin conseil*, juill. 1934.
- BRIAUX (E.). — Assurances sociales et hygiène. *Rapport au Congrès international d'hygiène*, Paris, 1928.
- Assurances sociales et tuberculose. *Presse médicale*, 11 janvier 1928.
- BURNET (E.). — L'armature administrative de la lutte antituberculeuse. *Revue de phthisiologie médico-sociale*, juill.-août 1933.

CHAUVEAU. — La loi sur les Assurances sociales à la portée de tous.

— Commentaire juridique, financier et administratif.

— Toute la loi, en vingt et une causeries. Librairie générale de droit et de jurisprudence.

— Les Assurances sociales du point de vue de l'hygiène et de la santé publique. *La vie sociale en France*, févr. 1928.

CIBRIE et HILAIRE. — Assurances sociales, assurance-maladie, guide pratique à l'usage des médecins et des syndicats médicaux. Librairie Masson et C^{ie}.

Code des Assurances sociales d'empire du 19 juillet 1914. Traduction. Edition de l'Office général, Imprimerie strasbourgeoise, 1921.

Code des Assurances sociales du Reich. Publication du B. I. T., Genève, 1924.

COLONI. — L'assurance-maladie-invalidité et le projet de loi sur les Assurances sociales. Thèse de doctorat en droit, Paris, 1927.

CORDONNIER. — Mutilés de guerre et Assurances sociales. *Médecin conseil*, juill. 1934.

CRÉMIEU. — Rôle du médecin conseil dans ses rapports avec l'ave-nir des invalides. *Médecin conseil*, août 1934.

CROUZON. — Les Assurances sociales. Librairie Masson et C^{ie}, Paris, 1930.

DEGAS. — Le problème de l'assurance-maladie-invalidité. Thèse de doctorat en droit, Paris, 1922.

DIBOS. — A propos d'assurance-invalidité. *Médecin de France*, n° 18, 1^{er} oct. 1933.

DREYFUS. — L'assurance - invalidité - vieillesse. Conférence du 16 mars 1933 à la Bourse du Travail de Paris.

DUCHESNE (G.). — L'assurance-invalidité. *Concours médical*, 23 juill. 1933.

DURAND. — L'application pratique de la loi sur les Assurances sociales. Librairie Rousseau et C^{ie}.

EVROT (J.). — L'organisation antituberculeuse de l'Allemagne. *Revue de phthisiologie médico-sociale*, n° 2, 1928.

— Les dispensaires antituberculeux et la loi des Assurances sociales. *Revue de phthisiol. médico-sociale*, 1^{er} févr. 1932.

- EYLAUD. — Les Assurances sociales en France et la protection de la santé publique. Librairie Félix Alcan.
- FORESTIER (G.). — Les Assurances sociales à l'étranger et la tuberculose. *Revue de phthisiologie médico-sociale*, n° 2, 1929.
- Les Assurances sociales en France et la tuberculose.
- GERNEZ (Ch.). — La lutte contre la tuberculose dans le cadre des Assurances sociales. *Paris médical*, 18 nov. 1933.
- GODARD (J.-P.). — Les Assurances sociales et la lutte antituberculeuse. Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1931.
- Prévention de l'invalidité. *Médecin conseil*, janv. 1934.
- Assurances sociales et soins aux tuberculeux (Contrôle de la cure libre). *Médecin conseil*, mars 1934.
- HERZENSTEIN. — Petit guide pratique des Assurances sociales. Librairie Rousseau et C^{ie}.
- HIFT (R.). — La pratique de l'évaluation de la capacité de travail. *Médecin conseil*, févr. 1934.
- HILAIRE. — Assurance-invalidité. Rapport au Conseil de la Confédération des syndicats médicaux français. *Médecin de France*, 2 avril 1933.
- Assurance-invalidité. *C. R. du Conseil d'administration de la Confédération, Médecin de France*, 12 févr. 1933.
- INGLENBLECK (A.). — L'assurance-invalidité. L'expérience de l'Alsace-Lorraine. Thèse de doctorat en droit, Paris, 1929.
- Instructions pour l'application de l'assurance-invalidité*. Fédération Nationale de la Mutualité, Paris.
- JUNGUÉ (P.). — Contribution à l'étude de la loi des Assurances sociales. Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1931.
- LAGARDE (G. de). — Le financement de l'assurance-invalidité. *Médecin conseil*, janvier 1934.
- LANDE (P.) et GINESTOUS. — Le rôle du médecin dans l'assistance aux vieillards et aux incurables. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, août 1907.
- LAVAGNE D'ORTIGUE (P.). — Incapacité de travail avec ou sans perte effective de salaire. *Médecin conseil*, août 1934.
- LECLERCQ (J.). — Les commissions techniques médicales dans l'application de la loi sur les Assurances sociales. *Paris médical*, 18 nov. 1933.
- LINAIS. — Ce qu'il faut penser des Assurances sociales. Imprimerie nancéenne, Nancy, 1932.

- MARCADÉ (P.). — Le médecin français et la loi sur les Assurances sociales. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux, 1933.
- MAZEL (P.). — Secret médical et médecin traitant dans l'assurance-invalidité. *Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône*, juill. 1933.
- MULLER (M.). — Les évaluations des invalidités, droit commun, accidents du travail, maladies professionnelles, pensions, assurances sociales. *Paris médical*, 18 nov. 1933.
- NITRAN. — Assurances sociales. Textes de loi et commentaires. Edit. Henri Jean, Paris.
- PARMENTIER. — Fonctionnement du contrôle médical dans le Nord. *Médecin conseil*, juill. 1934.
- PERRET (E.). — Etat d'invalidité dans l'Assurance sociale. *Médecin conseil*, déc. 1933.
- Les débuts de l'invalidité. *C. R. du XIII^e Congrès des Assurances sociales*, Paris, 1933.
 - Convention entre caisses-maladie et organisations antituberculeuses. *Médecin conseil*, févr. 1934.
 - Opportunité, initiative et frais des examens spéciaux de contrôle médical dans l'assurance-invalidité. *Médecin conseil*, mars 1934.
 - Le contrôle médical dans l'assurance-maladie. Sa tâche et ses moyens d'action. *Médecin conseil*, nov. 1934.
- POIX (G.). — Assurances sociales et dispensaires antituberculeux. *Revue de phthisiologie*, 11 déc. 1930.
- RABOURDIN. — Rôle du médecin de la Caisse-maladie dans la constitution du dossier d'invalidité. *Médecin conseil*, déc. 1933.
- REY. — La question des Assurances sociales. Librairie Alcan.
- RIVIÈRE (M.). — De la prévention de l'invalidité en Assurances sociales et du rôle de la fiche de renseignements. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1933.
- Des rapports qui doivent s'établir entre le médecin traitant et les médecins des Caisses d'Assurances sociales. *Médecin conseil*, févr. 1934.
 - L'assurance-invalidité et l'avenir des invalides. *Médecin conseil*, sept. 1934.
- RIVIÈRE et BONNECASE. — Du rôle des médecins traitants et des médecins contrôleurs des Caisses-maladie et invalidité

- au regard du risque invalidité. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 juin, 10 sept. 1933.
- Etude sur l'interprétation à donner aux articles 10 et 11 de la loi des Assurances sociales. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20-30 août 1933.
- Secret médical et Assurances sociales. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 avril 1933.
- SOLUS. — Qu'est-ce que les Assurances sociales ?
- Comment fonctionnent les Assurances sociales ?
- Le nouveau régime des Assurances sociales. Librairie du *Recueil Sirey*, Paris, 1929.
- TABARY (Michel). — Le médecin et la loi sur les Assurances sociales. Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1932.
- THOMAZI (Pierre). — Le médecin et l'Assurance sociale en Alsace. Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1932.
- TOPSENT (E.). — Tuberculose et Assurances sociales. *Bulletin de la Fédération Nationale des Syndicats médicaux*, n° 8; 1926.
- VANVERTS. — L'assurance-invalidité. *Bulletin de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord*, 1933.
-

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE

	Pages
INTRODUCTION	3
HISTORIQUE	5
TEXTES DE LOI	8
Dispositions réglementaires intéressant le service médical de l'invalidité	41
MÉCANISME DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ	43

DEUXIEME PARTIE

INTRODUCTION	15
CHAPITRE I. — <i>Les certificats et le secret médical</i>	18
Délivrance des certificats	18
Rapports entre médecin traitant et médecins contrôleurs des Caisses	20
CHAPITRE II. — <i>La prévention de l'invalidité</i>	31
But de la prévention	32
Mécanisme de la prévention	32
Pratique de la prévention	33
Le médecin praticien et la prévention	34
Certificat médical de prévention (projet)	40
Fiche de renseignements	43
CHAPITRE III. — <i>Pratique de l'évaluation de l'incapacité de travail.</i>	
Barèmes	50
Que faut-il entendre par incapacité de travail ?	50
Les expertises d'invalidité et les syndicats médicaux	52
Les barèmes, leur valeur	53
Questions relatives à l'évaluation du degré d'invalidité	59
Barème du 5 août 1933	66

	Pages
CHAPITRE IV. — <i>La Commission technique. Son utilité</i>	73
Constitution et rôle de la Commission technique	73
Nature des litiges soumis à la Commission technique	74
Réunion des Commissions techniques. Leur constitution.	
Leurs décisions	75
Les honoraires des membres de la Commission technique	78
Projet de règlement de procédure de la Commission technique.	82
CHAPITRE V. — <i>L'avenir des invalides. La rééducation</i>	88
Comment se présente le problème ?	88
Invalidité reconnue à l'expiration des six mois de maladie ..	90
Invalidité non encore constituée au bout des six mois de	
maladie, mais prévue pour plus tard	95
Invalidité et travail	95
Possibilités d'amélioration de la loi	97
La rééducation professionnelle des invalides	100
CHAPITRE VI. — <i>La lutte antituberculeuse dans le cadre des A. S.</i> ...	104
Principes de la lutte antituberculeuse	104
L'armement antituberculeux français	106
La lutte contre la tuberculose dans les A. S.	109
Traitement des tuberculeux assurés sociaux	115
La prophylaxie. Les dispensaires	117
CHAPITRE VII. — <i>Le dossier d'invalidité</i>	119
Certificat médical réglementaire	120
Calcul des pensions	124
Rapport du médecin contrôleur de la Caisse-maladie	127
CONCLUSIONS	131
BIBLIOGRAPHIE	133

48.842. — Bordeaux, Impr. Delmas-Chapon-Gounouilh, 6, Pl. St-Christoly. — 1934.
